Aus der Nervenklinik der Universität Tübingen
Geschäftsführender Direktor: Professor Dr. H. Heimann

Geschlechtsspezifische Unterschiede bei depressiven Erkrankungen

Eine retrospektive Analyse aller hospitalisierten Patienten mit depressiven Syndromen der Jahre 1961-1968

INAUGURAL-DISSERTATION
zur Erlangung des Doktorgrades
der Medizin

der
MEDIZINISCHEN FAKULTÄT
(Klinische Medizin)
der Eberhard-Karls-Universität
zu Tübingen

vorgelegt von
ELSBETH FRIEDRICH
aus Heidenheim an der Brenz

1984

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41536524_0019

Aus der Nervenklinik der Universität Tübingen
Geschäftsführender Direktor: Professor Dr. H. Heimann

Geschlechtsspezifische Unterschiede bei depressiven Erkrankungen

Eine retrospektive Analyse aller hospitalisierten Patienten mit depressiven Syndromen der Jahre 1961-1968

INAUGURAL-DISSERTATION
zur Erlangung des Doktorgrades
der Medizin

der
MEDIZINISCHEN FAKULTÄT
(Klinische Medizin)
der Eberhard-Karls-Universität
zu Tübingen

vorgelegt von
ELSBETH FRIEDRICH
aus Heidenheim an der Brenz

1984

Dekan:	Professor Dr. D. Plester
1. Berichterstatter:	Professor Dr. H. Heimann
2. Berichterstatter:	Professor Dr. H. Henseler

gedruckt bei H.- J. Köhler · Reprografischer Betrieb · Tübingen

INHALTSVERZEICHNIS

	Seite
EINLEITUNG	1
I METHODIK DER UNTERSUCHUNG	4
II EIGENE ERGEBNISSE IM VERGLEICH ZU ANDEREN STUDIEN	7
1. Geschlechtsspezifische Verteilung depressiver Erkrankungen insgesamt	7
2. Geschlechtsspezifische Verteilung der einzelnen Depressionsformen	7
3. Geschlechtsspezifische Häufigkeit der familiären Belastung der Depressiven mit psychischen Krankheiten, insbesondere aus dem depressiven Formenkreis	10
4. Geschlecht und Ersterkrankungsalter	22
5. Geschlecht und Anzahl der stationären Aufnahmen innerhalb des Erhebungszeitraums von 1961 bis 1968	28
6. Geschlecht und Anzahl der Suizidversuche	30
7. Geschlecht und zusätzliche Diagnosen neben der Diagnose Depression	34
8. Geschlecht und Anlaß früherer stationärer Behandlung	39
III DISKUSSION	40
ZUSAMMENFASSUNG UNSERER ERGEBNISSE	56
ANHANG	59
LITERATURVERZEICHNIS	64

EINLEITUNG

In nahezu allen epidemiologischen und klinischen Studien in westlichen Indústrieländern zu depressiven Erkrankungen, in denen Aussagen hinsichtlich der Betroffenheit in Abhängigkeit vom Geschlecht gemacht werden, fällt eine Prävalenz des weiblichen Geschlechts auf.

Die Krankheitserwartung für Frauen im Vergleich zu Männern für "affektive Psychosen" beträgt nach folgenden Feldstudien

in	Frauen:Männer	je 1000 Geburten Frauen	Männer
Dänemark (FREMMING,1951)	2,2:1	22,4	10,2
Schweden (LARSSEN u. SJOGREN,1954)	1,3:1	12,0	9,0
Schweden (ESSEN-MÖLLER, 1956)	1,6:1	28,0	17,0
Island (HELGASON,1964)	1,4:1	24,6	18,0

*

In einer Übersicht über Untersuchungen in den USA geben WEISSMAN und KLERMAN(1977) für depressive Erkrankungen ein Geschlechterverhältnis Frauen : Männer zwischen 1,3:1 (Monroe County,N.Y. 1961-1962) und 3:1 (New Haven, Conn. 1966) an.

Bei hospitalisierten Patienten werden in verschiedenen Studien 1,5 bis 3 mal soviel weibliche Patienten gegenüber männlichen angegeben (ANGST 1966, KENDELL 1970, LEONHARD 1957, LINSKY und ARNOLD 1969, SCHMITT und VOGT 1969, SILVERMAN 1968, WINOKUR 1972 u.a.).

Theoretische Überlegungen, die von einem ganz spezifischen historischen Bild dessen, was weiblich sei, was

* Anzumerken ist hier, daß bei allen Vergleichen von Studien verschiedener Autoren ein methodisches Problem entsteht, weil keine einheitliche diagnostische Einteilung der depressiven Krankheiten vorliegt.

gewissermaßen der "Natur" der Frau entspräche, geprägt waren, bestimmten jeweils die Fragestellungen und Untersuchungsmethoden über depressive Krankheiten bei Frauen im Vergleich mit Männern.

In erster Linie wurde nach dem genetischen Korrelat gesucht, in dem die depressiven Wesensmerkmale begründet sein könnten. Mit genetischer Grundlage nicht erkärt werden konnte allerdings der spezifische Verlauf einer depressiven Erkrankung wie z.B. der Termin der ersten Manifestation oder der folgender Phasen.

Diese Besonderheiten versuchte man durch die Suche nach krankheitsauslösenden Faktoren zu klären. Bei Frauen war die biologische Umstellung während des Klimakteriums als solch ein Faktor vorstellbar; der Begriff der "Involutionsdepression" (KRAEPELIN 1902) wurde geprägt. Soziale Ursachen wie der Verlust der altgewohnten Umgebung ("Umzugsdepression" LANGE 1928, "Entwurzelungsdepression" BÜRGER-PRINZ 1951) oder der Verlust des Berufs ("Pensionierungsbankrott" STAUDER 1955) setzten eine Vorstellung dessen voraus, daß die soziale Umgebung die prägende Kraft einer Gemütserkrankung sein könnte.

In jüngster Zeit entstanden andere Fragestellungen, bedingt durch die veränderte gesellschaftliche Situation der Frau wie z.B. vermehrte Berufstätigkeit und bessere Ausbildungssituation, sowie durch die verstärkte Artikulation von Unzufriedenheit mit immer noch bestehenden Ungleichheiten. Es wurden Fragen aufgeworfen nach einem möglichen Zusammenhang zwischen dem Krankheitsbild der Depression und der spezifischen Erziehung des Mädchens, sowie der spezifischen gesellschaftlichen Situation der Frau überhaupt.

In soziokulturellen Untersuchungen, wie z.B. von WARHEIT, HOLZER und SCHWAB (1973), USA, weisen die Daten auf, daß Frauen, neben Schwarzen, Alten, Armen und gering Ausgebildeten, die höchsten Raten von depressiven Symptomen haben. Sowohl innerhalb der weißen wie auch der

schwarzen Rasse in den USA haben die Frauen jeweils häufiger depressive Erkrankungen als Männer.

Diese Ergebnisse weisen darauf hin, daß Frauen spezifischen gesellschaftlichen und familiären Belastungen ausgesetzt sind, wie sie z.B. in der Mehrfachbelastung vieler Frauen durch Hausarbeit, Kindererziehung und Beruf auftritt, die ihre psychische Integrationsfähigkeit übersteigen und vermehrt zu einer depressiven Erkrankung führen könnten.

Die Fragestellung unserer Studie, in der wir 1202 Krankengeschichten depressiv erkrankter, in den Jahren 1961-1968 stationär aufgenommener Patienten untersuchen, lautet: Liegen geschlechtsspezifische Unterschiede vor hinsichtlich Erkrankungshäufigkeit, Krankheitsbeginn und Krankheitsverlauf, wobei dies anhand der geschlechtsspezifischen Häufigkeitsverteilung von Merkmalen wie "Verteilung der einzelnen Depressionsformen", "Ersterkrankungsalter", Phasenhäufigkeit, ableitbar aus der "Anzahl der stationären Aufnahmen", Suizidalität, bzw. "Anzahl der Siuzidversuche", "Zusätzliche Diagnosen neben der Diagnose Depresssion" und "Anlaß früherer stationärer Aufnahmen" versucht wird. Die Häufigkeitsverteilung des Merkmals "Familiäre Belastung der Depressiven mit psychischen Erkrankungen, wie auch mit Erkrankungen des depressiven Formenkreises" wird geschlechtsspezifisch analysiert.

Sind o.g. gesellschaftliche Belastungsfaktoren maßgeblich beteiligt an der Entstehung einer depressiven Krankheit bei Frauen, wäre zu erwarten, daß bei der "Verteilung der einzelnen Depressionsformen" die "Reaktiv-neurotische Depression" signifikant häufiger bei den weiblichen Patienten diagnostiziert wurde. Weiterhin ist anzunehmen, daß der Zeitpunkt der Ersterkrankung in oder nachfolgend an lebensgeschichtlich besonders belastende Zeiträume auftritt.

I METHODIK DER UNTERSUCHUNG

MATERIAL

Das Untersuchungsgut umfaßt 1202 Krankengeschichten von Patienten der Universitäts-Nervenklinik Tübingen aus den Jahren 1961 bis 1968. In diesem Zeitraum stand die Klinik unter gleichbleibender Direktion. Es dürften für diesen Zeitraum relativ einheitliche Diagnose-Kriterien bestimmend gewesen sein.

Die Patienten stammen aus einem Umkreis bis zu 50 km um Tübingen. Weiter entfernt wohnende Patienten wurden nicht untersucht, da bei diesen möglicherweise zu starke Selektionsfaktoren wirksam sind: nach einer empirischen Untersuchung von FINZEN und D.BAUER (1974) bestand z.B. ein Großteil dieser weit entfernt wohnenden Patienten aus Privatpatienten.

Die Daten der Krankengeschichten, zusammengesetzt aus Angaben zur Person, zur Herkunftsfamilie und Angaben zur eigenen Erkrankung, wurden in einen einheitlichen Erhebungsbogen mit 42 Unterpunkten übertragen.

Dieser Erhebungsbogen, erarbeitet von BLANK un WEISE (1981) im Rahmen einer epidemiologischen Studie über "Depressive Erkrankungen bei Schwaben und Heimatvertriebenen" wurde von uns gesondert geschlechtsspezifischen Fragestellungen unterzogen. Die von uns bearbeiteten Punkte umfassen die Registrierungsnummern (1,2,3,42), das Aufnahmejahr (3), das Geschlecht (4), Angaben über psychiatrische Krankheiten in der Familie (31), Angaben zur eigenen Erkrankung wie ärztlichen Vorbehandlungen (32), Anlaß früherer psychiatrischer Behandlungen (33), Lebensalter bei der ersten depressiven Erkrankung (34), Anzahl der stationären Aufnahmen wegen depressiver Krankheiten in der Universitäts-Nervenklinik Tübingen innerhalb des Erhebungszeitraums (36), Anzahl der Suizidversuche bis Ende des Erhebungszeitraums (38), Verteilung der Diagnosen nach dem ICD-Schlüssel (40) sowie zusätz-

liche körperliche und psychiatrische Diagnosen (41). (Der gesamte Erhebungsbogen von BLANK und WEISE ist im "Anhang" abgebildet.)

Der Erhebungsbogen konnte häufig nicht vollständig ausgefüllt werden, so daß bei einzelnen Fragestellungen nicht die Gesamtzahl von 1202 Krankengeschichten verwertbar war. Die entsprechende Bezugszahl wird jeweils angegeben.

METHODIK

Bei vorliegender Arbeit handelt es sich um eine retrospektive statistische Studie über endogene und reaktive depressive Erkrankungen.

KRITERIEN:

1. Das Geschlecht. Es ist sowohl ein biologisches als auch soziales Kriterium, da es gleichzeitig eine bestimmte soziale Rolle determiniert. Sämtliche Fragestellungen werden unter dem Aspekt möglicher geschlechtsspezifischer Unterschiede zwischen Frau und Mann erhoben.

2. Klinische Daten

2.1. Diagnosen

Die Klassifikation der depressiven Erkrankungen wurde nach dem ICD-Diagnoseschlüssel vorgenommen (siehe Tab. 1), obwohl dieser im Erhebungszeitraum von 1961-1968 noch nicht angewandt wurde, jedoch die damalige Einteilung der depressiven Erkrankungen weitgehend dem ICD-Schema entspricht.

Tabelle 1: Klassifikation depressiver Erkrankungen nach dem ICD-Diagnoseschlüssel (International Classification of Diseases) der WHO 1971 (8. Revision)

1) Involutionsdepression	ICD 296.0
2) Manie im Rahmen einer manisch-depressiven Psychose	ICD 296.1

3) Depression im Rahmen einer manisch-depressiven Psychose (Monopolare Depression) — ICD 296.2

4) Zirkuläre Verlaufsform einer manisch-depressiven Psychose — ICD 296.3

5) Schizo-affektive Psychose — ICD 295.7

6) Reaktiv-neurotische Depression — ICD 300.4

Krankengeschichten mit der Diagnose "Suizidversuch" ohne weitere Kennzeichen der zugrundeliegenden Krankheit wurden der "Reaktiv-neurotischen Depression" zugerechnet. Uns schien dies gerechtfertigt, da jedem Suizidversuch eine zumindest kurzfristige depressive Verstimmung zugrunde liegt.

Als weitere Klinische Kriterien wurden erhoben:

2.2. das Alter in Jahren bei der ersten depressiven oder manischen Erkrankungsphase (Ersterkrankungsalter)

2.3. die Anzahl der stationären Aufnahmen in der Universitäts-Nervenklinik Tübingen innerhalb des Erhebungszeitraums von 1961-1968

2.4. die Zahl der Suizidversuche

2.5. Zusätzliche Diagnosen wie körperliche Krankheit, Schwachsinn, Abnorme Persönlichkeit, Alkoholismus und andere Suchtkrankheiten sowie andere psychische Krankheiten

2.6. der Anlaß früherer psychiatrischer Behandlung

3. Genetische Daten

Dieses Kriterium umfaßt die familiäre Belastung der Patienten. Als familiär belastet gilt jeder Patient, bei dessen Verwandten ersten Grades (Eltern, Kinder, Geschwister) oder Verwandten zweiten Grades (Großeltern, Onkel, Tante) eine oder mehrere Formen psychischer Krankheiten oder Veränderungen wie Monopolare oder Bipolare Depression, Schizophrenie, Auffallende Persönlichkeit,

Alkoholismus und andere Süchte und "Sonstiges" aufgetreten waren.

Mit den auf Lochkarten vermerkten Daten errechnete die Abteilung für Medizinische Datenverarbeitung bestimmte Häufigkeitslisten und Kreuztabellen zur weiteren Analyse.

Nach gesonderter Überprüfung durch uns wurden aufgrund rechnerischer Probleme (Nullwerte, zu kleine Patientenzahlen ...) einzelne Werte zu Klassen zusammengefaßt. Diese neuen Zahlenwerte wurden vom Rechenzentrum Signifikanzberechnungen nach der X^2-Methode unterzogen.

Anmerkung: Die Bezeichnung "Schizo-affektive Mischpsychose" des Erhebungsbogens wird synonym gebraucht zu "Schizo-affektive Psychose", wie auch "Zirkulärer Verlauf" als Kurzform von "Zirkuläre Verlaufsform einer manisch-depressiven Psychose".

II EIGENE ERGEBNISSE IM VERGLEICH ZU ANDEREN STUDIEN

1. Geschlechtsspezifische Verteilung depressiver Erkrankungen insgesamt

Es waren 1202 Krankengeschichten auswertbar.
Die stationären Aufnahmen setzten sich zusammen aus 786 Frauen und 416 Männern, was einer Verteilung von 65,4% zu 34,6% entspricht. Es sind annähernd doppelt soviele Frauen wie Männer aufgenommen worden.

2. Geschlechtsspezifische Verteilung der einzelnen Depressionsformen

Es waren 1200 Krankengeschichten auswertbar, von 784 Patientinnen und 416 männlichen Patienten. Es ergab sich folgende Verteilung:

Diagnose	Frauen n	Frauen %	Männer n	Männer %
Involutionsdepression	175	22,3	57	13,7
Zirkulärer Verlauf	26	3,3	29	7,0
Monopolare Depression	182	23,2	89	21,4
Schizo-affektive Mischpsychose	27	3,4	6	1,4
Reaktiv-neurotische Depression	374	47,6	235	56,5
		100%		100%

In der Verteilung der einzelnen Diagnosen liegt ein hoch signifikanter Unterschied zwischen weiblichen und männlichen Patienten vor (X^2=26,8959 P=0,006%)

Am stärksten überwiegen die Frauen mit der Diagnose Involutionsdepression und Schizo-affektive Psychose (wobei letzteres Kollektiv sehr klein ist) gegenüber den Männern. Das Verhältnis Frauen:Männer bei der Diagnose "Monopolare Depression" stimmt mit dem Verhältnis bezogen auf alle Diagnosen von 2:1 überein.

Auf alle Diagnosen bezogen übetrifft der prozentuale Anteil der Männer den der Frauen bei den Diagnosen "Reaktiv-neurotische Depression" und noch ausgeprägter bei der Diagnose "Zirkulärer Verlauf".

WEISSMAN und KLERMAN (1977) beschreiben in einer Übersicht über das Verhältnis Frauen zu Männern mit depressiven Krankheiten für die USA (1961) für verschiedene Diagnosen mit:

1,8 : 1 für Involutionsdepression,
1,2 : 1 für manische Depression,
1,4 : 1 für psychotische Depression und,
1,6 : 1 für "depressive Reaktionen".

ANGST (1966) gibt für einzelne depressive Diagnosen folgendes Geschlechterverhältnis von Frauen zu Männern an:

3 : 1 für Involutionsdepression,
2 : 1 für Zirkuläre Verläufe,

3,3 : 1 für Endogene Depression und
4 : 1 für Mischpsychose.

SCHMITT und VOGT (1969) beschreiben Auszüge aus der Diagnosestatistik der Universitäts-Nervenklinik Homburg von 1964, 1965 und 1966 und erhalten folgende Geschlechterverhältnisse Frauen zu Männer für die Diagnose "Endogene Depression":
2,7 : 1 (1964), 2,1 : 1 (1965) und 2,9 : 1 (1966).
Die entsprechenden Untersuchungskollektive umfassen 154 bis 168 Patienten pro Jahrgang. Für die Diagnose "endogene Manie" beträgt das Verhältnis Frauen zu Männer in o.g. Jahresfolge 0,8 : 1, 0,4 : 1 und 0,5 : 1. Allerdings sind hier die Patientenzahlen pro Jahr nur zwischen 6 und 18 Patienten.

In unserer Studie ist das Geschlechterverhältnis bei allen Diagnosen zusammen von Frauen zu Männern 1,9 : 1. Bei den einzelnen Diagnosen verändert sich dieses Verhältnis folgendermaßen:

Involutionsdepression:	3 : 1	
Zirkuläre Verläufe:	0,9 : 1	
Monopolare Depression:	2 : 1	
Schizo-affektive Mischpsychose:	4,5 : 1	(sehr kleines Kollektiv:nur 33 Patienten)
Reaktiv-neurotische Depression:	1,6 : 1	

Das starke Überwiegen der Frauen mit der Diagnose Involutionsdepression wird in allen Untersuchungen bestätigt.

Bei den zirkulären Verläufen hingegen verschiebt sich übereinstimmend mit o.g. Untersuchungen das Geschlechterverhältnis zugunsten der Männer.

Auch bei der Reaktiv-neurotischen Depression verschiebt sich das Geschlechterverhältnis zum Nachteil der männlichen Patienten. Diese Diagnose ist jedoch mit o.g. Studien nicht vergleichbar, da diese nicht aufgeführt werden. Depressionen mit neurotischen Zügen werden aber häu-

fig in Untersuchungen als bei Männern vermehrt vorkommend beschrieben.

3. Geschlechtsspezifische Häufigkeit der familiären Belastung der Depressiven mit psychischen Krankheiten, insbesondere aus dem depressiven Formenkreis

und

Diskussion über einen möglicherweise zugrundeliegenden Vererbungsmodus

I. Krankheitserwartung für depressive Erkrankungen in der Gesamtbevölkerung im Vergleich zur Krankheitserwartung für Verwandte depressiv Erkrankter

II. Zusammenfassung unserer Ergebnisse über psychische, insbesondere depressive Erkrankungen in der Familie

III. Vergleich der Krankheitserwartung für Verwandte depressiv erkrankter weiblicher und männlicher Patienten

IV. Krankheitserwartung bezüglich depressiver Krankheiten für Verwandte ersten und höheren Grades

V. Krankheitserwartung für Verwandte von Patienten mit unipolarer im Vergleich zu Patienten mit bipolarer Depression

VI. Untersuchungen mit Aussagen zum Vererbungsmodus

I. Krankheitserwartung für depressive Erkrankungen in der Gesamtbevölkerung im Vergleich zur Krankheitserwartung für Verwandte depressiv Erkrankter

Die Krankheitserwartung für Erkrankungen des depressiven Formenkreises in der Durchschnittsbevölkerung beträgt nach Feldstudien aus Dänemark (FREMMING,1951), Schweden (LARSSON und SJORGEN, 1954, sowie ESSEN-MÖLLER,1956) und Island (HELGASON,1964) 2,1% bis 4,5 %, beziehungsweise entsprechend o.g. Reihenfolge 3,26%, 2,1", 4,5% und 4,3%. Nach ZERBIND-RÜDIN (1967) beträgt sie 0,4% bis 1%. Beim Vergleich dieser Studien besteht wiederum das methodische Problem der nicht einheitlichen diagnostischen Einteilung der depressiven Krankheiten.

In unserer Studie wurden von 101 Patienten (59 Frauen und 42 Männern) Eltern, Geschwister oder Kinder mit depressiven Krankheiten angegeben. Dies entspricht 9,3% der Patienten. Die Betroffenheit von mehreren Verwandten in einer Familie mit depressiven Krankheiten wurde von 44 Patienten angegeben (von 28 Patientinnen un 16 männlichen Patienten). Hierin werden auch Verwandte ersten Grades enthalten sein und somit o.g. Zahlenwerte erhöhen.

Demnach wäre die Krankheitserwartung in Familien mit depressiv Erkrankten etwa 2- bis mehr als 10-mal so häufig wie in der Normalbevölkerung.

ZERBIN-RÜDIN (1967) errechnete in ihrer Studie über die Kranheitserwartung von Eltern, Geschwistern und Kindern von bipolar manisch-depressiven Probanden eine Krankheitserwartung von 10 bis 15%, ein allein für diese Diagnosegruppe erheblicher Prozentsatz im Vergleich zum Erkrankungsrisiko der Normalbevölkerung.

II. Zusammenfassung unserer Ergebnisse über psychische, insbesondere depressive Erkrankungen in der Familie

Da die Angaben über psychische Krankheiten in der Familie nur über den Patienten oder ergänzend noch über den begleitenden Angehörigen und z.T. über Krankenakten von behandelten Verwandten gemacht wurden, sind die Ergebnisse unserer Studie diesbezüglich sicher sehr lückenhaft. Unsere "weichen" Daten sind deshalb nur mit Vorbehalt vergleichbar mit ausführlichen Untersuchungen, in denen die Verwandten persönlich befragt und untersucht wurden wie etwa bei WINOKUR und PERRIS.

Auswertbar waren 1086 Krankengeschichten, 721 von weiblichen und 365 von männlichen Patienten.

Depressive Erkrankungen wie "Depression", "Bipolare Zyklothymie, einschließlich Manie" und "Suizidversuche/ Suizide" in der Familie weisen

186 Patienten auf (entspricht 17,1% der Gesamtzahl),
120 der Patientinnen (entspricht 16,6% der Patientinnen insgesamt),
66 der männlichen Patienten (entspricht 18,1% der männlichen Patienten insgesamt).

Nach unseren Daten sind also die männlichen Patienten geringfügig stärker mit depressiven Erkrankungen familiär belastet.

Andere psychische Krankheiten, neben den depressiven, wie Schizophrenie, Störungen wie "Auffallende Persönlichkeit", Alkoholismus und andere Süchte und "Sonstiges" gaben 100 Patienten an (73 Patientinnen und 27 männliche Patienten), was 9,2% der Patienten entspricht.

Kranke Eltern:

Depressive erkrankte Mütter gaben 3,6% der Patientinnen an und 2,1% kranke Väter.

Bei den männlichen Patienten wurden von 5,2% depressiv erkrankte Mütter und von 2,2% erkrankte Väter angegeben.

Aus unseren Angaben könnte man nach WINOKUR schließen, daß eine an das x-Geschlechtschromosom gebundene Vererbung nicht vorliegt, da kranke Väter auf ihre Söh-

ne vererbten. Da fast doppelt soviele Mütter wie Väter von Patienten beiderlei Geschlechts mit depressiven Krankheiten angegeben werden, könnte übereinstimmend mit WINOKUR, eine stärkere Penetranz des bestimmenden Gens beim weiblichen Geschlecht vorliegen.

Verwandte ersten und höheren Grades:

Verwandte ersten und höheren Grades mit depressiven Krankheiten geben 17,1% der Patienten an.

Verwandte ersten Grades liegen nach den Angaben der Patienten in 9,3% vor (bei 8,2% der Patientinnen und 11,5% der männlichen Patienten).

Verwandte höheren Grades sind bei 7,8% der Patienten (bei 8,5% der Patientinnen und 6,6% der männlichen Patienten) angegeben.

Die Patientinnen geben also nahezu gleich viele Verwandte ersten und höheren Grades an (8,2% und 8,5%), während bei den männlichen Patienten 1,7mal häufiger Verwandte ersten Grade gegenüber höheren Grades angegeben werden.

Verwandte ersten und höheren Grades mit spezifischen Diagnosen

Verwandte mit der Diagnose "Depression" werden von 16.5% der Patienten angegeben. Verwandte ersten Grades in 9,1% (von 8,2% der Patientinnen und 11,0% der männlichen Patienten). Verwandte höheren Grades mit der Diagnose "Depression" gaben 7,4% der Patienten an (7,9% der Patientinnen und 6,3% der männlichen Patienten). Es bestand kein signifikanter Unterschied in der Verteilung der Verwandten ersten und höheren Grades bei weiblichen und männlichen Patienten.

Verwandte mit anderen spezifischen Diagnosen wie "Manie" und "bipolare Zyklothymie" waren in zu geringen Kollektiven angegeben als daß statistisch signifikante

Unterschiede in der Verteilung von o.g. Diagnosen auf weibliche und männliche Patienten hätten berechnet werden können.

Verwandte ersten und höheren Grades mit depressiven Krankheiten von Patienten mit unterschiedlichen depressiven Diagnosen

Diagnose des Patienten		Verwandte ersten Grades	Verwandte höheren Grades	Kombinationen
Involutionsdepression	♂	6	3	1
	♀	18	9	3
Zirkulärer Verlauf (einschl. Manie)	♂	6	1	1
	♀	1	7	5
Monopolare Depression	♂	16	14	11
	♀	18	27	13
Schizo-affektive Mischpsychose	♂	2	-	-
	♀	4	2	1
Reaktiv-neurot. Depression	♂	12	6	3
	♀	18	16	6

	♂	♀	Summe	
Verwandte ersten Grades	42	59	101	
Verwandte höheren Grades	24	61	85	186
Kombinationen	16	28	44	
			230	

Verwandte ersten und höheren Grades mit der Diagnose "Depression" (Monopolare Depression)

Auswertbar waren 1086 Krankengeschichten.
179 Verwandte mit der Diagnose "Depression" werden angegeben. Es sind 99 Verwandte ersten Grades, davon 59 Verwandte der Patientinnen und 40 Verwandte der männlichen Patienten. 80 Verwandte höheren Grades mit "Depression"

werden angegeben.

	Verwandte ersten Grades:	Verwandte höheren Grades:
weibl. Patienten	59	57
männl. Patienten	40	23
Summe	99	80

Wir konnten in unserer Studie nur untersuchen, wieviele weibliche und männliche Patienten in ihrer Verwandtschaft ersten und höheren Grades Fälle mit ebenfalls depressiven Erkrankungen aufwiesen. Welches Geschlecht wiederum diese Verwandten hatten, konnte nur bei den Eltern festgestellt werden. Aus den übrigen Daten konnte dies nicht erhoben werden, da sowohl unter den Fragepunkten "Geschwister", "Kinder", als auch "Onkel/Tante" beide Geschlechter subsumiert waren.

Allein aus diesem Grund können wir aus unserer Studie über einen möglicherweise geschlechtsgebundenen Erbgang keine genaueren Aussagen machen.

III. Vergleich der Krankheitserwartung für Verwandte depressiv erkrankter weiblicher und männlicher Patienten

In unserer Studie wurden 23 Väter und 45 Mütter mit depressiven Erkrankungen angegeben, was 2,1% der Väter und 4,1% der Mütter entspricht. Die Patientinnen geben 15 depressive Väter und 26 Mütter an, die männlichen Patienten 8 depressive Väter und 19 Mütter.

Es werden somit nahezu doppelt soviele Mütter wie Väter angegeben. Das Verhältnis depressiv erkrankte Mutter zu depressiv erkrankter Vater bei den Patientinnen beträgt 1,7:1 und bei den männlichen Patienten 2,4:1.

Bei Untersuchungen über die Verteilung der Geschlechter bei depressiven Krankheitsfällen in der Verwandtschaft depressiver Patienten erhält WINOKUR (1972) in einer Studie an 100 systematisch ausgewählten Depressiven dieselbe Anzahl von weiblichen und männlichen Verwandten ersten Grades, wenn er bei männlichen Verwandten "Alkoholismus", "Schizopathie" und "Soziopathie" zurechnete.

In einer anderen Untersuchung von 109 Patienten zwischen 10 und 49 Lebensjahren mit gründlich explorierter Familienanamnese stellte WINOKUR (zit.n. WINOKUR und PITTS,JR.1965) jedoch klare geschlechtsspezifische Unterschiede bezüglich der Manifestation von affektiven Störungen fest: 16% der Väter und 37% der Mütter waren erkrankt, was in etwa mit unserem Ergebnis übereinstimmt.

Die Vermutung eines an das X-Geschlechtschromosom gebundenen Erbganges wird in seiner Studie verworfen, da Väter die Krankheit auf ihre Söhne vererbten. WINOKUR interpretiert seine Daten dahingehend, daß beide, Väter und Mütter, die Krankheit gleich vererben, bei Frauen sich aber eher die Krankheit manifestiere, also eine unterschiedliche Penetranz vorliegen könnte.

IV. Krankheitserwartung bezüglich depressiver Krankheiten für Verwandte ersten und höheren Grades

In unserer Studie sind Verwandte ersten und höheren Grades mit depressiven Erkrankungen wie "Depression", "Manie", "bipolarer Zyklothymie" und Suiziden/Suizidversuchen bei 186 (entsprechend 17,1%) Patienten bekannt. Verwandte ersten Grades haben 101 Patienten, entsprechend 9,3%, (59 Patientinnen und 42 männliche Patienten), Verwandte höheren Grades mit o.g. Diagnosen haben 85 Patienten, entsprechend 7,8%, (61 Patientinnen und 24 männliche Patienten). Es gaben 33 Patienten Geschwister mit depressiven Erkrankungen an (17 Patientinnen und 16 Patienten). Kinder mit depressiven Krankheiten wurden

nur in 4 Fällen angegeben (von 3 Patientinnen und 1 Patienten). Wie schon unter II erwähnt, wurden 68 Eltern angegeben (von 41 Patientinnen und 27 Patienten). Prozentual wurden demnach depressive Eltern bei 6,3%, Geschwister bei 3,0% und Kinder bei 0,5% der Patienten angegeben.

PERRIS(1974) untersuchte 60 Patienten, 44 weibliche und 16 männliche, die im Zeitraum von 1950-1963 in ein Hospital aufgenommen worden waren mit der Diagnose "Cykloide Psychose" (nach LEONHARD's Terminologie von 1957). In der Familienstudie untersuchte er 1176 Verwandte der Patienten, wovon 349 Personen Verwandte ersten Grades und 827 Personen Verwandte zweiten Grades waren.

Die Analyse seiner Daten ergab, daß 38,3% der Patienten Verwandte ersten Grades mit depressiven Krankheiten und 60,0% der Patienten Verwandte zweiten Grades aufwiesen.

Dasselbe Ergebnis erhielt LEONHARD(1969) in Bezug auf die Verwandten ersten Grades von 187 Patienten, wobei 38,5% von diesen eine familiäre Belastung mit endogenen Psychosen aufwiesen.

WEISSMAN und KLERMAN (1977), die zusammenfassend über mehrere Studien berichten, erhalten als Ergebnis ein höheres Morbiditätsrisiko für affektive Störungen bei Verwandten ersten Grades.

PERRIS untersuchte in seiner oben zitierten Studie gesondert die Verteilung der Verwandten mit sicheren und "unsicheren" Diagnosen (z.B. nur aufgrund von Angaben der Ehepartner) von Cycloider Psychose auf der väterlichen bzw. der mütterlichen Seite (unilaterale Verteilung) oder deren Kombination (bilaterale Verteilung). Unter Einbeziehung der "unsicheren" Fälle sowie der Suizide erhielt er an Sekundärfällen eine klar vorherrschende unilaterale Verteilung, nahezu gleich häufig auf der väterlichen

wie der mütterlichen Seite, während bilaterale Fälle fast völlig fehlten. Die Differenz zu den Erwartungswerten war statistische signifikant und sprach für die Hypothese einer polygenen Vererbung (X^2=19.22 P<001). Eine geschlechtsgebundene Vererbung schien nicht vorzuliegen, da ebensoviele Fälle der Vererbung von Vater zu Sohn wie von Vater zu Tochter vorlagen.

Die erhebliche Differenz der Morbiditätsrate von Verwandten ersten Grades mit 38,3% und Verwandten zweiten Grades mit 60,0% (PERRIS) können wir mit unseren Daten nicht bestätigen, da bei uns die Verwandten höheren Grades in geringerem Maße betroffen zu sein scheinen (7,8% gegenüber 9,3% bei Verwandten ersten Grades). Dies Ergebnis stimmt mit der Aussage von WEISSMAN und KLERMAN überein.

Da bei uns nur die Patienten, bzw. deren Begleitpersonen über Krankheiten in ihrer Familie befragt, nicht aber die Verwandten selbst befragt oder untersucht worden waren, liegen unsere Daten mit Sicherheit unter der tatsächlich vorhandenen Morbiditätsrate der Verwandten.

V. Krankheitserwartung für Verwandte von Patienten mit unipolarer im Vergleich zu Patienten mit bipolarer Depression

In unserer Untersuchung haben von den Patienten mit der Diagnose "Monopolare Depression" 27,7% Verwandte ersten und zweiten Grades mit depressiven Erkrankungen gegenüber 23,6% bei "Zirkulären Verläufen" einer manisch-depressiven Erkrankung. Es besteht nach unseren Daten kein signifikanter Unterschied.

Bei der Differenzierung der Depressionen nach unipolaren und bipolaren Verläufen wird von ANGST(1966), als auch PERRIS(1966), sowie von LEONHARD(1957) festgestellt, daß die familiäre Belastung bei bipolar erkrankten Probanden größer ist als bei monopolar erkrankten Pro-

banden.

In einer Studie von 1971 kommt PERRIS zu dem Ergebnis einer möglichen X-gebundenen Vererbung für die unipolare, nicht aber für die bipolare Depression.

Dazu im Widerspruch stehende Ergebnisse, die für eine an das X-Chromosom gebundene Vererbung für die bipolare nicht aber für die unipolare Depression sprachen, dokumentieren J.E.HOLZER und WINOKUR(1974) sowie REICH, CLAYTON und WINOKUR(1969) in Studien über familiäre Belastung mit depressiven Erkrankungen.

Aus weiteren Unterschieden bzgl. der familiären Belastung einzelner Depressionsformen zieht STENSTEDT(1969) ebenso wie ZERBIN-RÜDIN(1969) den Schluß, daß die Erkrankungen des depressiven Formenkreises genetisch und ätiologisch heterogen seien.

Nach WEISSMAN und KLERMAN(1977) werden von PERRIS (1971) und REICH et al(1969) eine an das x-Geschlechtschromosom gebundene Vererbung für die bipolare Depression, nicht aber für die unipolare Depression angenommen. GERSHON et al sehen nach einer von ihnen durchgeführten Studie in Jerusalem allerdings für die erstgenannte Annahme keine Anzeichen. Ebensowenig können GOETZL et al(1974) eine x-Chromosom-gebundene Vererbung für bipolare Depression bestätigen.

VI. Untersuchungen mit Aussagen zum Vererbungsmodus

Als Kriterien für einen möglicherweise vorhandenen Veerbungsmodus gibt WINOKUR(1970) folgendes an:

1) Eine dominante Vererbung könne voliegen, wenn in den Familien der Patienten über zwei Generationen Mitglieder an einer bestimmten Krankheit (in unserer Untersuchung depressive Erkrankungen) erkrankt sind.
2) Eine an das X-Geschlechtschromosom gebundene Vererbung sei dadurch charakterisiert, daß
   a) mehr Frauen als Männer erkranken
   b) kranke Väter keine kranken Söhne haben und

c) kranke Mütter müßten, vorausgesetzt der Penetranzfaktor beider Geschlechter ist gleich, dieselbe Anzahl von kranken Söhnen wie Töchter aufweisen.

In einer Untersuchung von 89 Patienten schloß WINOKUR aus folgenden Daten, daß sehr wahrscheinlich eine x-gebunden dominante Vererbung für manisch-depressive Krankheit vorliege:

Morbiditätsrisiko für Eltern: 34%-41%
" " Geschwister: 25%-49%

	Anzahl d. Paare
kranker Vater - kranke Tochter:	13
" " - kranker Sohn:	0
kranke Mutter - kranke Tochter:	17
" " - kranker Sohn:	17

$X^2=13.8855$ $P<0005$

WINOKURS Untersuchungsdaten wiesen ferner auf einen zweiten genetischen Faktor, der für das Auftreten von Manie bestimmend sei. Dieser Faktor könnte an das x-Geschlechtschromosom gebunden sein und wahrscheinlich rezessiv vererbt werden.

Die zugrundeliegende Überlegung war folgende: Angenommen ein manischer Elternteil eines manischen Probanden ist Träger beider o.g. genetischer Faktoren, so sei zu erwarten, daß die andere Seite der Familie eines Probanden weniger affektive Störungen aufweise als wenn der betroffene Elternteil nur die genetische Anlage zu Depression ohne manische Züge zeige.

Um die These eines zweiten genetischen Faktors zu verifizieren, müsse man einen genetischen "Marker" finden, der mit dem Manie übertragenden Gen gekoppelt ist.

Versucht wurde dies z.B. in einer Studie von RINERIS, STEFANIS, LYKOURAS und VARSON(1979), in der als genetischer Marker das ABO-Blutsystem benutzt wurde. Das Untersuchungsergebnis ergab keinen Hinweis auf einen geschlechtgebundenen Vererbungsmodus.

In einer früheren Studie WINOKURS(WINOKUR und PITTS, JR.(1965)) war er aufgrund von Untersuchungen von 748 konsekutiv wegen affektiver Störungen in ein Hospital aufgenommenen Patienten, von denen 366 systematisch interviewt wurden bzgl. ihrer Familienanamnese, zu dem Schluß gekommen, daß weder die Hypothese eines einfach dominanten Gens mit kompletter Penetranz, noch die Hypothese der Vererbung über ein x-gebunden dominantes Gen ausreichen.

Es lag eine Häufung von Eltern und Geschwistern mit affektiven Störungen und Alkoholismus bei den Patienten gegenüber einer Kontrollgruppe ohne psychische Störungen vor. Die affektive Störung schien sich eher bei Frauen als bei Männern zu manifestieren, aber beide Geschlechter vererbten die Störung gleich an ihre Kinder. Dies wurde bestätigt durch eine ausgewählte Untergruppe o.g. Patienten, die danach ausgesucht wurden, ob sie mehrere betroffene Geschwister hatten und somit ein homogeneres Familienmuster aufwiesen. Kranke Väter vererbten die depressive Störung auf ihre Söhne, was einem x-gebundenen Erbgang widersprach.

ANGST und WEIS(1968) sind der Ansicht, daß die Interaktion von Anlage und Umweltfaktoren zur Erkrankung an "endogener Depression" führen.

Bezugnehmend auf genetische Untersuchungen von Schülern von Rüdin, in denen Verwandte ersten Grades von Patienten mit manisch-depressiver Psychose ein etwa gleich hohes Morbiditätsrisiko aufwiesen, die Eltern in 7-25%, die Geschwister in 9-22% und die Kinder in 26%, halten ANGST und WEIS es für möglich, daß ein dominanter Erbgang vorliege. Über die Prävalenz der weiblichen gegenüber den männlichen Patienten stellen sie keine weiteren Überlegungen an.

STENSTEDT (zit. n. SILVERMAN,1968) schließt aus einer sorgfältig geführten Untersuchung an 216 Patienten mit manisch-depressiver Psychose, die während eines Zeitraums von dreißig Jahren (1919-1948) in psychiatrische

Kliniken eingeliefert wurden und der Untersuchung von deren 2324 Verwandten (Eltern, Geschwister, Kinder und Ehegatten), daß ein erhöhtes Morbiditätsrisiko für diese vorliege, nämlich 7,5% für die Eltern, 14% für die Geschwister und 17% für die Kinder. Unter Einbeziehung anderer Untersuchungen diesbezüglich schließt er auf ein Morbiditätsrisiko von etwa 15% für o.g. Verwandte. Demgegenüber werde das totale Morbiditätsrisiko für manisch-depressive Psychosen in der Gesamtpopulation mit 1% angegeben.

Nach STENSTEDT liegt ein dominanter Erbgang vor. Eine rezessive Vererbung wurde mit der Begründung ausgeschlossen, daß die Häufigkeit bei blutsverwandten Ehen unter Eltern von manisch-depressiven Patienten nicht erhöht war. Die Manifestation der erblich angelegten Krankheit sei abhängig von Umweltfaktoren.

4. Geschlecht und Ersterkrankungsalter

Das Alter der ersten Manifestation von depressiven Erkrankungen weist in vielen Studien geschlechtsspezifische Unterschiede auf, die im folgenden dargestellt und erörtert werden sollen.

Zunächst unsere Ergebnisse: s.Tab. S.27
Auswertbar waren 1200 Krankengeschichten. Das Ersterkrankungsalter wurde in Fünf-Jahres-Klassen unterteilt von 10 Jahren bis 69 Jahren, wobei zu Signifikanzberechnungen jeweils vier Klassen gebildet werden mußten: von 15-24 J., von 25-34 J., von 35-44 J. und von 45-54 J.

In der Altersgruppe von 15-19 Jahren finden wir 4,7% der Erkrankungen und in der Altersgruppe von 60-64 Jahren noch 4,1% aller Ersterkrankungen.

Die Patienten beiderlei Geschlechts (782 Frauen und 418 Männer) weisen drei Häufigkeitsgipfel des Ersterkrankungsalters auf: um 25-34 Jahre, um 45 Jahre und um 55 Jahre.

Der höchste Gipfel liegt bei den Frauen um 25-34 Jahre während er bei den Männern um 45 Jahre liegt. Es besteht jedoch kein signifikanter Unterschied zwischen beiden Geschlechtern bezüglich des Ersterkrankungsalters, wenn endogene und reaktive Depressionen zusammengefaßt werden.

Bei der Diagnose "Monopolare Depression" hingegen besteht ein signifikanter Unterschied im Ersterkrankungsalter zwischen den 259 weiblichen und 175 männlichen Patienten. (X^2=8,8698 P=3,1%):

Die Patientinnen weisen zwei gleich hohe Häufigkeitsgipfel auf, bei 35 und bei 45 Jahren.

Die männlichen Patienten weisen nur einen sehr hohen Gipfel bei 45 Jahren auf.

Die meisten Frauen erkranken erstmals im Alter von 25 bis 49 Jahren an Monopolarer Depression, die Mehrzahl der Männer im Alter von 40 bis 49 Jahren.

Bei der Diagnose "Reaktiv-neurotische Depression" gibt es keinen signifikanten Unterschied zwischen weiblichen und männlichen Patienten (557 Patienten, davon 341 Frauen und 216 Männer).

Häufigkeitsgipfel liegen im Alter von 25-29 Jahren, um 45 Jahre und um 55 Jahre.

Die meisten Patienten (69,3%:67,4% der Frauen und 72,2% der Männer) erkranken erstmals im Alter von 20 bis 44 Jahren.

Patienten mit der Diagnose "Involutionsdepression" (Ersterkrankungsalter ab 45 Jahre) wurden 232 diagnostiziert, davon 175 Frauen und 57 Männer.

Bei den Frauen liegt ein Häufigkeitsgipfel um 50-59 Jahre, bei den Männern um 55-64 Jahre.

Bei den übrigen Diagnosen wie "Zirkulärer Verlauf" und "Schizo-affektive Psychose" waren die Kollektive zu klein, als daß ein Vergleich der Ersterkrankungsalter von weiblichen und männlichen Patienten sinnvoll gewesen wäre.

WINOKUR, CADORET, DORZAB und BAKER(1971) schlossen aufgrund klinischer Studien, daß Frauen einen um ca. 10 Jahre früheren Krankheitsbeginn für depressive Krankheiten aufweisen als Männer.

Nach v.CRANACH(1974) ist dabei insbesondere während der ersten vier Lebensjahrzehnte die Erkrankungsrate bei Männern im Vergleich zu Frauen äußerst gering und erreicht erst nach dem 60. Lebensjahr etwa das Niveau der weiblichen Erkrankungsrate.

Nach MATUSSEK, HALBACH und TROEGER(1965) treten depressive Erkrankungen in ihrer typischen Form nur in Ausnahmefällen vor dem 20. und nach dem 60. Lebensjahr auf. Das eigentliche Erkrankungsalter falle in die mittleren Lebensjahre. In welchem Lebensabschnitt innerhalb dieser Zeit jedoch die meisten Erkrankungen auftreten, sei vom Geschlecht abhängig. Nach ihren Untersuchungen erkrankten die Frauen nicht nur früher, sondern ihre Erkrankungsanfälligkeit erstreckte sich auch über einen größeren Zeitraum.

Die Erkrankungsanfälligkeit umfaßt bei uns demnach einen größeren Zeitraum als bei MATUSSEK et al. Jenseits dieser Altersgrenzen tritt die Krankheit allerdings ebenso kaum erstmals auf.

Die o-g. Studie von MATUSSEK et al(1965) stützt sich auf ein Kollektiv von 242 Patienten (132 Frauen und 110 Männer) mit "endogenen Depressionen", die im Zeitraum zwischen 1926 und 1942 in einer Klinik behandelt worden waren. Sie unterteilten in Dekaden von 20 bis 69 Lebensjahren, bzw. unter und über 20 und 69 Jahre. Es ergaben sich sehr signifikante Unterschiede zwischen Frauen und Männern. (X^2=18,60 P 1%)

Der Erkrankungsbeginn bei Männern liegt im allgemeinen erst nach dem 30. Lebensjahr und erreicht sein Maximum im 5. Jahrzehnt.

Bei Frauen dagegen liegt die Ersterkrankung bereits häufig im 3. Jahrzehnt (33%). Auch im 4. Jahrzehnt lie-

gen noch relativ viele Ersterkrankungen (28%). Danach nehmen diese fortlaufend in den späteren Altersklassen ab.

Bei einer noch weitergehenden Aufteilung des Lebensalters in 5-Jahres-Klassen wird deutlich, daß der Rückgang der Erkrankungsrate der Frauen schon in der zweiten Hälfte des 4. Lebensjahrzehnts beginnt.

Bei den Männern erkennt man, daß der Anstieg in der zweiten Hälfte des 4. Lebensjahrzehnts liegt.

Auffallend ist bei diesen Daten, daß bei den Frauen kein Anstieg im Klimakterium festzustellen ist. Im Alter zwischen 40 und 44, sowie zwischen 45 und 49 Jahren liegen jeweils nur 7% der Ersterkrankungen. MATUSSEK et al. schlossen daraus in Übereinstimmung mit Ergebnissen von HERTRICH(1962), daß dem Klimakterium nur eine geringe Rolle für den Erkrankungsbeginn zukommt.

SCHMITT und VOGT(1969) untersuchten 50 Patienten (35 Frauen und 15 Männer) bezüglich ihres Lebensalters bei der ersten Manifestation einer manisch-depressiven Psychose. Nach einer Dekadenunterteilung von 20 bis 60 Jahren fiel bei den Männern ein erster Häufigkeitsgipfel zwischen 20 und 29 Jahren auf und ein weiterer zwischen 40 und 49 Jahren.

Bei den Frauen liegt ein Gipfel erstmals zwischen dem 30. und 39. und ein weiteres Mal zwischen dem 50. und 59. Lebensjahr. Nach 60 Jahren nimmt die Erkrankungshäufigkeit sehr rasch ab.

Im Widerspruch zu MATUSSEK's Arbeit steht, daß beim Vergleich von weiblichen und männlichen Patienten kein Überwiegen der Ersterkrankungen in den frühen Lebensjahren bei den Frauen vorlag. Weicht man allerdings von der Dekadeneinteilung ab, weisen ihre Daten in Richtung der Ergebnisse Matusseks.

KRAEPELIN(1913) stellte bei ca. 900 Patienten mit manischen und depressiven Episoden die größte Häufigkeit der Ersterkrankungen zwischen dem 15. und 30. Lebensjahr fest mit einem absoluten Maximum zwischen 15 und

20 Jahren und einer weiteren geringfügigen Zunahme zwischen 45 und 50 Jahren.

Die Erkrankungshäufigkeit stieg bei den Männern bis zum 40. Lebensjahr kontinuierlich an und fiel danach wieder ab.

Bei den Frauen lag ein Maximum der Ersterkrankungen zwischen 25 und 30 Jahren. Ein erneuter weniger starker Anstieg erfolgt noch von 45 bis 50 Jahre.

Die Frauen weisen also neben dem früheren Ersterkrankungsalter zwei Häufigkeitsgipfel auf gegenüber nur einem der Männer. Als Ursache dieser Häufungen werden von KRAEPELIN biologische Umstellungsprozesse angenommen.

SLATER(1938) fand bei 3000 manisch-depressiven Patienten, die in den Jahren 1904 bis 1922 in einem Hospital aufgenommen worden waren, je zwei Häufigkeitsgipfel der Ersterkrankungsalter bei den Männern als auch bei den Frauen. Die Männer wiesen Maxima bei 36 und bei 54 Jahren auf, die Frauen bei 38 und bei 48 Jahren.

SCHULZ(1951) untersuchte retrospektiv 656 Patienten (431 Frauen und 225 Männer), die von RÜDIN in den Jahren 1916-1920 diagnostiziert worden waren.

Bei den Männern lag eine zweigipfelige Häufigkeitsverteilung vor mit Maxima im 3. und 6. Lebensjahrzehnt.

Die Frauen zeigten einen früheren Krankheitsbeginn als die Männer und nur einen Häufigkeitsgipfel vom 16. Lebensjahr bis in das 4. Lebensjahrzehnt.

Übersichts-Tabelle der Häufigkeitsgipfel der Ersterkrankungen in verschiedenen Untersuchungen depressiver Krankheiten

Autor	Diagnose	Größe des Kollektivs	Häufigkeitsgipfel d. Ersterkrankung	
			Frauen	Männer
MATUSSEK	Endogene Depr.	242	20-35	45-50
SCHMITT/ VOGT	Man.-depressive Psychose	50	30-39 50-59	20-29 40-49
KRAEPELIN	Man.-depressive Krankheit	ca.900	25-30* 45-50	40
SLATER	Man.-depressive Krankheit	3000	38 48*	36 54*
SCHULZ		656	16-4.Jahrzehnt	20-30 50-60
FRIEDRICH	depr.Krankheiten (alle Diagnosen)	1200	25-34* 45 55	25-35 45* 55
	Monopolare Depr.	434	35 45	45
	Reaktiv-neurot. Depression	557	25-29 55	25-34 45 55

Alterangabe in Jahren

* = höchster Erkrankungsgipfel

Nach o.g. Übersichtstabelle über die Häufigkeiten der Ersterkrankungen liegen die Maxima (außer in der Arbeit von SCHMITT und VOLGT, deren Kollektiv allerdings nur 50 Patienten umfaßt) bei den Patientinnen in früherem Lebensalter als bei den männlichen Patienten.

Bei einem Vergleich der Studien steht man wiederum vor dem Problem der nicht übereinstimmenden Diagnosestellung.

In unserer Untersuchung war der Anteil der Patienten

mit der Diagnose "Zirkulärer Verlauf" (entsprechend der Diagnose manisch-depressive Psychose) mit 55 Patienten gegenüber dem Gesamtkollektiv von 1200 Patienten sehr klein. Das Kollektiv der Patienten mit einer reaktiv-neurotischen Depression mit 549 ist dagegen sehr hoch. Dies muß bei einem Vergleich unserer Häufigkeiten der Gesamt-, bzw. der Einzeldiagnosen in Betracht gezogen werden.

5. Geschlecht und Anzahl der stationären Aufnahmen innerhalb des Erhebungszeitraums von 1961 bis 1968

Auswertbar waren 1198 Krankengeschichten, davon entfielen 738 auf weibliche un 415 auf männliche Patienten.

Anzahl der Aufnahmen:	weibliche Patienten		männliche Patienten	
	n	%	n	%
1mal	573	73,2	313	75,4
2mal	116	14,8	77	18,5
3mal	46	5,9	16	3,9
4-9mal	48	6,1	9	2,2

Nach der X^2-Methode besteht ein signifikanter Unterschied zwischen weiblichen und männlichen Patienten hinsichtlich der Anzahl der stationären Aufnahmen (P=0,347%).

a) Geschlecht und Anzahl der stationären Aufnahmen innerhalb des Erhebungszeitraums von 1961 bis 1968 für Patienten mit der Diagnose "Monopolare Depression"

Anzahl der Aufnahmen:	weibliche Patienten		männliche Patienten	
	n	%	n	%
1mal	109	60,2	60	67,4
2mal	33	18,2	20	22,5
3mal	17	9,4	5	5,6
4-9mal	22	12,2	4	4,5

Es besteht kein signifikanter Unterschied zwischen weiblichen und männlichen Patienten.

b) Geschlecht und Anzahl der stationären Aufnahmen innerhalb des Erhebungszeitraums von 1961 bis 1968 für Patienten mit den Diagnosen "Involutionsdepression" (1), "Zirkulärer Verlauf einer manisch-depressiven Psychose" (2) und "Reaktiv-neurotische Depression" (3)

Anzahl der Aufnahmen		1mal		2mal		3mal		4-9mal	
						n=Anzahl d.Patienten			
Diagnosen:		n	%	n	%	n	%	n	%
(1)	♂	43	75,4	12	21,1	2	3,5	-	
	♀	116	69,9	37	22,3	13	7,8	-	
(2)	♂	9	37,5	8	33,3	4	16,7	3	12,5
	♀	8	36,4	3	13,6	2	9,1	9	40,9
(3)	♂	197	84,2	32	13,7	3	1,3	2	0,8
	♀	322	86,6	38	10,2	10	2,7	2	0,5

Es liegt kein signifikanter Unterschied vor.

Für Patienten mit der Diagnose "Schizo-affektive Psychose" konnten unter o.g. Fragestellung keine Signifikanzberechnungen durchgeführt werden wegen zu kleiner Kollektive.

In unserer Studie wurden nur diejenigen Phasen einer depressiven Erkrankung erfaßt, welche zu einer Einweisung in die Universitäts-Nervenklinik Tübingen führten. Phasen, die ambulant oder in einer auswärtigen Klinik behandelt wurden, sind somit nicht erfaßt. Jedoch ist anzunehmen, daß dies nur für eine geringe Anzahl der Fälle zutrifft.

SCHMITT und VOGT(1969) geben in einer katamnestischen

Studie für 50 Patienten mit endogenen Psychosen vom depressiven und manischen Typ (zusammengesetzt aus 35 Frauen und 15 Männern) mit einem Beobachtungszeitraum von maximal 32 Jahren unterschiedliche Rezidivhäufigkeiten für weibliche und männliche Patienten an. Bei den Frauen wurden maximal 28 Rezidive pro Fall registriert (durchschnittliche Rezidivzahl: 6,228), während es bei den Männern höchstens 10 Rezidive pro Fall waren (durchschnittliche Rezidivzahl: 4,773).

Dieses Ergebnis, daß Frauen durchschnittlich häufiger Rezidive aufweisen als Männer, stimmt mit unserer Untersuchung überein, in der ein hoch signifikanter Unterschied in der Anzahl der stationären Aufnahmen zwischen Frauen und Männern mit depressiven Erkrankungen vorliegt. Differenziert man jedoch nach den einzelnen Diagnosen, so findet sich bei keiner der Einzeldiagnosen ein signifikanter Unterschied in den Aufnahmehäufigkeiten zwischen Frauen und Männern. Allein bei der Diagnose "Monopolare Depression" zeigt sich eine Tendenz zu auffallenden Unterschieden derart, daß Frauen häufiger aufgenommen wurden als Männer. Auch weisen die Patientinnen absolut höhere Aufnahmenzahlen auf als die männlichen Patienten: bei den Frauen sind es maximal 9 Aufnahmen, bei den Männern maximal 6 Aufnahmen.

6. Geschlecht und Anzahl der Suizidversuche

Auswertbar waren 1177 Krankengeschichten, von 771 Patientinnen und 406 männlichen Patienten.

Suizidversuche waren von 260 der weiblichen Patienten und 127 der männlichen Patienten unternommen worden. Dies entspricht bezogen auf o.g. Erhebungszahlen 33,7% der Frauen und 31,3% der Männer.

Anzahl der Suizidversuche

	1mal	2mal	3mal	4-9mal
Frauen:	206 (26,7%)	39 (5,1%)	12 (1,6%)	3
Männer:	97 (23,8%)	22 (5,4%)	8 (2,0%)	-

Anm.: Die Prozentangaben in Klammern beziehen sich auf die Gesamtzahl der Patientinnen, bzw. der männlichen Patienten.

6mal, 8mal und 9mal hatte je eine Patientin Selbstmordversuche unternommen.

Es besteht kein signifikanter Unterschied bei weiblichen und männlichen Patienten bzgl. der Häufigkeit von Suizidversuchen.

Vollendete Suizide waren von der Methodik der Untersuchung her nicht erfaßbar.

Nach POHLMEIER (1971) sind Selbstmordhandlungen ohne Depression nicht möglich , weil auch die vermuteten nicht depressiven Selbstmordhandlungen im Zustand einer Depression erfolgen. Umgekehrt ist bei allen Depressionen der Sinn des Lebens zweifelhaft und damit der Wunsch, Selbstmord zu begehen ständig gegenwärtig.

Unterschiedliche Erklärungsversuche stellen BECK et al. (1975) für Suizidabsichten dar in einer Studie über den Zusammenhang des Gefühls von "Hoffnungslosigkeit" und unterschiedlichen Graden von Depression.

Konventionell seien Selbsttötungsversuche in Verbindung mit individueller Hoffnungslosigkeit gesehen worden, in der der Suizidversuch die einzige Lösungsmöglichkeit darstellte, aus einer vermeintlich unlösbaren Situation zu entfliehen.

Andere historische Ansätze erklärten Suizide bzw. die versuchten Suizide als ein Symptom von Geistesgestörtheit oder als ein psychiatrisches Leiden sui generis.

Seit dem 18. Jahrhundert seien soziologische Untersuchungen unternommen worden, welche suizidales Verhalten in Zusammenhang mit demographischen- und Umweltfaktoren wie Bevölkerungsdichte, der Zugehörigkeit zu einer bestimmten sozioökonomischen Klasse, dem Grad der sozialen Integration und der nationalen Ideologie untersuchten.

Psychoanalytisch orientierte Psychiater und Psychologen versuchten, Suizid als das Resultat einer gegen sich selbst gerichteten Aggression zu erklären.

BECK et al. unternahmen in ihrer Studie auf der Basis von Langzeit-Psychotherapien den Versuch, die Theorie der internalisierten Aggression zu verifizieren, schlugen damit aber fehl. Indes wurde BECK's Annahme, daß Suizidverhalten mit kognitiven Verzerrungen verknüpft sei, unterstützt. Abgeleitet hiervon schlägt BECK eine Therapie vor, die das kognitive Verhalten zu ändern versucht.

Vergleich des suizidalen Verhaltens bei Frauen und Männern

ANGST(1966) zitiert andere Autoren, wobei SCHULZ(1949) mit dem größten Untersuchungskollektiv von einer gleich hohen Suizidrate bei den Geschlechtern berichtet. LANGE-LÜDECKE(1941) und STENSTEDT(1952) hingegen fanden ein Überwiegen der Männer gegenüber der Frauen in der Suizidrate.

RINGEL(1961), der die Suizidhäufigkeit 10 Jahre nach Klinikentlassung bei 126 Patienten (90 Frauen und 36 Männern) beobachtete, mußte 13 Suizide feststellen, 7 von Frauen und 6 von Männern, was 7,8% bzw. 16,7% entspricht, die Männer also doppelt so häufig Suizide unternahmen wie die Frauen.

SCHMITT und VOGT(1969) berichten aus einer langjährigen statistischen Untersuchung von endogenen Psychosen vom manischen und depressiven Typ bei 50 Patienten über eine statistisch gleich häufige Verteilung der

Suizidalität und der Suizidversuche bei Männern und Frauen (Männer: 22,5% und Frauen 21,5%)

SILVERMAN(1968) beschreibt eine höhere Suizidrate bei Männern gegnüber Frauen. MAC MALON et al. (zit. n. SILVERMAN 1968), welche die Todesraten durch Suizid untersuchen, stellen bezogen auf die altersmäßige Verteilung fest, daß die Häufigkeitsunterschiede zwischen Männern und Frauen am größten ist zwischen 15 und 39 Lebensjahren. Dieser Zeitraum umfasse genau die gebärfähigen Jahre der Frau, in der ein gewisser Schutzmechanismus vor Selbsttötung bestehen könne.

UCHTENHAGEN(1975) berichtet in einem Beitrag aus epidemiologisch-sozialpsychiatrischer Sicht, daß mehr Frauen als Männer Suizidversuche unternehmen, mehr Männer als Frauen sich aber umbringen. Frauen überleben ihren Suizidversuch häufiger als Männer. Frauen zwischen 15 und 25 Jahren begingen besonders überproportional viele Tentamina.

Dies stimmt mit einer Studie von STENGEL(1969) überein, der weiter unterscheidet zwischen jungen Frauen als Prototyp für Suizid"versucher" und älteren Männern als Prototyp für Suizid"vollender".

UCHTENHAGENs Aussage widerspricht aber o.g. Ergebnis und Erklärung von MAC MALON, der jenen Zeitraum für Frauen als besonders geschützt gegenüber suizidalen Handlungen ansieht.

Nach UCHTENHAGEN scheint ein Zusammenhang zwischen der Suizidanfälligkeit der Frau und - sofern berufstätig - der Art ihres Berufes zu bestehen, wobei selbständige und künstlerische Berufe anscheinend besonders gefährdet seien.

WEISSMAN und KLERMAN(1977) stellen über die historische Entwicklung des suizidalen Verhaltens fest, daß international im letzten Jahrzehnt ein Trend für das Anwachsen der Suizidversuchs-Raten unter jungen Er-

wachsenen sich entwickelt habe, selbst unter Berücksichtigung des Bevölkerungszuwachses.

Das Geschlechterverhältnis von Frauen zu Männern bei Suizidversuchen sei nach Studien aus Australien, G.B., den USA, Israel und Indien 2:1, wobei Indien als einzige Ausnahme ein umgekehrtes Verhältnis aufweise.

Nach unserer Studie unternahmen von den Patienten 33,7% der Frauen und 31,8% der Männer mindestens einen Suizidversuch während des Erhebungszeitraums. Dies entspricht demnach einer etwa gleich hohen Suizidversuchsrate bei beiden Geschlechtern, was mit dem Untersuchungs-Ergebnis von SCHMITT und VOGT übereinstimmt, jedoch im Widerspruch steht zu den Arbeiten von STENGEL und UCHTENHAGEN, nach denen Frauen häufiger Suizidversuche ausführten.

Es liegen also unterschiedliche Ergebnisse vor bezüglich der Suizidversuchs-Raten, die z.T. bei den Frauen höher liegen als bei den Männern oder aber gleich häufig vorkommen.

Vollendete Suizide werden nach den meisten Studien von Männern häufiger ausgeführt als von Frauen.

7. Geschlecht und zusätzliche Diagnosen neben der Diagnose Depression

Auswertbar waren 1026 Krankengeschichten, davon waren 659 von Frauen und 367 von Männern.

Zusätzliche Diagnosen wie "Körperliche Krankheiten", "Schwachsinn", "Abnorme Persönlichkeit", "Alkoholismus", "sonstige Suchtkrankheiten", "Andere psychische Krankheiten" und Kombinationen dieser Krankheiten und Störungen wurden bei 275 Frauen und 168 Männern gefunden, was einer Betroffenheit von 41,7% der Patientinnen und 45,8% der männlichen Patienten entspricht.

Nur "Körperliche Krankheit" als zusätzliche Diagnose fand sich bei 203 Frauen (=30,1% o.g. Patientinnen" und

bei 108 Männern (=29,4% o.g. Patienten.)

Als "körperliche Krankheit" wurden von uns nur die Angaben des untersuchenden Arztes anerkannt, subjektive Beschwerden dagegen nicht berücksichtigt.

Nach unseren Ergebnissen liegen bei den männlichen Patienten signifikant mehr psychiatrische Zusatzdiagnosen wie "Schwachsinn", "abnorme Persönlichkeit", "Alkoholismus" und "andere psychiatrische Krankheiten" vor als bei den Patientinnen (P=4,2%). Nicht enthalten sind die Diagnosen "Schizophrenie" und "Neurose".

Körperliche Krankheit weisen dagegen etwa gleich viel weibliche wie männliche Patienten zusätzlich zur depressiven Krankheit auf.

Zusätzliche Diagnosen

	männl. Patienten		weibl. Patienten	
	n	%	n	%
Körperl. Krankheit	108	29,4	203	30,8
Schwachsinn	-	-	5	0,8
Abnorme Persönlichkeit	30	8,2	45	6,8
Alkoholismus	14	3,8	4	0,6
sonst. Suchtkrankheit	-	-	2	0,3
Kombinationen	16	4,3	16	2,4
Summe	168	45,8	275	41,7

KINKELIN(1954) untersuchte die Belastung von 148 hospitalisierten manisch-depressiven Patienten hinsichtlich zusätzlicher psychiatrischer Krankheiten. Eine "Psychopathie" lag in ihere Untersuchung bei 23,0% er Patienten vor, 14,3% wiesen schizophrene Symptome auf, 13% organische Psychosyndrome, Neurosen 6,8% und 2,7% eine Oligophrenie. Epilepsie lag bei keinem der Patienten vor. Zusammengefaßt lagen also zusätzliche psychiatrische

Störungen bei 60,7% der manisch-depressiven Patienten vor.

Sowohl Alkoholismus als auch "Soziopathie" sind für WINOKUR(1972) spezifisch männliche Äußerungsformen von Depression im weitesten Sinne.

TYNDEL(1974) fand bei 35% von 1000 Alkoholiker-Patienten ernste depressive Symptome, entweder während des Untersuchungs-Interviews oder in der Anamnese angegeben. WEISSMAN und KLERMAN(1977) sprechen von der Hypothese, daß Alkoholismus und Depression verschiedene Ausdrucksformen derselben familiär-genetischen Störung sein könnte. Männern widerstrebe es, anzunehmen, daß sie depressiv sind,und sie verschleierten dies durch Trinken. Somit "verordneten" Männer sich selbst Alkohol als pharmakologische Therapie für Depression. WEISSMAN und KLERMAN stellen weiterhin die Überlegung an, ob Depression nicht auch Folge von fortwährendem Alkoholabusus, der zu sozialen Sanktionen führe, sein könnte.

Im Rahmen dieser Studie würde es zu weit führen, weitere der zu diesem Problem zahlreich unternommenen Untersuchungen zu zitieren.

Körperliche Krankheit als zusätzliche Diagnose

Höhere Raten von Mortalität als in der Allgemeinbevölkerung wurden für Patienten mit unterschiedliche Formen von Depression angegeben von ØDEGARD(1961), STENSTEDT(1952) und mehreren anderen Autoren.

HAGNELL(1966) untersuchte in einer Prospektivstudie die Inzidenz seelischer Erkrankungen der Erwachsenenbevölkerung von zwei benachbarten Gemeinden in Schweden im Jahre 1947. Die Zweituntersuchung bei 2550 Personen erfolgte 10 Jahre später. Frauen, die als labile Persönlichkeit klassifiziert waren, etwa entsprechend Kretschmers zyklothymer Typisierung, wiesen ein auffallend hohes Risiko für nachfolgende Tumorerkrankungen

auf, was demgegenüber bei Männern nicht zutraf.

PFAFFENBERGER et al. untersuchten in mehreren Studien der Jahre 1966-74 Zusammenhänge zwischen depressiven Erkrankungen und bestimmten körperlichen Krankheiten.

Die große Longitudinal-Studie basierte auf Daten von 13 500 Personen, die während der Jahre 1931-40 an der Universität von Pennsylvania immatrikuliert waren. In der Erstinformation waren eine Anzahl von psychischen Symptomen, welche für Depressionen charakteristische sind, festgehalten wie Herzklopfen, Nervosität, Schlaflosigkeit, Erschöpfung, Kummer, Schwermütigkeit, der Wechsel von Schwermut und Heiterkeit, der Grad des Selbstbewußtseins und Neigung zu Verschlossenheit oder Abgesondertheit.

In den Nachfolge-Untersuchungen 24 bis 33 Jahre später fand man eine Korrelation zwischen der Letalität durch koronare Herzerkrankungen und dem 'Gefühl für Erschöpfung" angegeben im Erstinterview. Keine Korrelation fand man hingegen mit depressiven Symptomen.

Eine andere Studie derselben Autoren über das Auftreten peptischer Ulcera zeigt keinen Zusammenhang mit depressiven Symptomen insgesamt.

GOLDBERG, COMSTOCK,P. und R.HORNSTRA(1979) untersuchten in einer Prospektivstudie die Einwohner von Wohnvierteln in Kansas City, Mo. und Washington County von 1971-73. Die Interviews wurden in beiden Gemeinden ähnlich ausgeführt.

Das Erstinterview mit demographischen und allgemeinen Gesundheits-Fragen enthielt 5 Meß-Skalen um Anzeichen von Depression, Glücksempfinden und Zufriedenheit mit dem Leben zu erfassen.

Wiederholungsinterviews fanden 6-12 Monate nach dem Erstinterviews statt. Es wurden in Kansas City 343 und in Wash. County 660 Personen erfaßt. Hauptzweck des Wieder-

holungsinterviews war, ernste Erkrankungen, die während der Periode zwischen den beiden Interviews sich manifestierten, festzustellen.

Es fanden sich 82 derartige Fälle, 66 Personen, die wegen somatischer oder psychiatrischer Krankheiten ein Krankenhaus aufsuchen mußten (65 Personen mit somatischer Krankheit und eine Person wegen einer Neurose) und 16 Personen, die in der Zeit zwischen den Interviews gestorben waren, zusammen 82 Personen.

Als Kontrollgruppe wurden Personen ohne Neuerkrankung, Hospitalisierung oder Tod gewählt.

In keinem der 82 Fälle gab es Anzeichen dafür, daß Symptome von Depression oder Unglücklichkeitsgefühl häufiger mit nachfolgender schwerwiegender somatischer Krankheit oder Tod verbunden gewesen wäre als bei der Kontrollgruppe.

EASTWOOD und TREVELYON(1972) untersuchten in einer Zufallsstichprobe Patienten der Altersgruppe von 40 bis 64 Jahren in einer Lononder Großpraxis. Die Patienten wurden über Fragbögen hinsichtlich psychischer und somatischer Störungen untersucht, mit Hilfe von Laboruntersuchungen und durch eingehende ärztliche Untersuchungen. Es fand sich bei einem Vergleich zweier Gruppen, die in Alter, Geschlecht, Familienstand und Sozialschicht ähnlich waren und sich nur durch das Leiden an einer psychiatrischen Krankheit, meist neurotischer Art, unterschieden, daß eine eindeutig positive Korrelation zwischen psychiatrischen und somatischen Krankheiten bestand.

Eine Studie, die nicht die Zusatzdiagnosen zu depressiven Krankheiten, sondern somatische Krankheiten und psychische Störungen als phasenauslösende Ursache zum Gegenstand hat, führte ANGST(1968) durch. Er fand aufgrund von Auswertungen von Daten über 1741 Patienten mit endogener Depression aus Budapest, Landeck, London und Zürich bei 10% der depressiven Personen, körper-

liche Krankheiten als phasenauslösende Ursache, bei Frauen zusätzlich in 16% endokrine Krisen, und in 29% psychische Ursachen.

ANGST(1968) betont, daß der erstaunlichen Einheitlichkeit des depressiven Krankheitsbildes eine Mannigfaltigkeit und Unspezifität der auslösenden Momente gegenüberstehe. Diese seien im physischen Bereich alle nur denkbaren körperlichen Erschütterungen, leichte und schwere Unfälle, Operationen usw., im psychischen Bereich seien es akute Konflikte in der Intimsphäre, im Beruf, in der Auseinandersetzung mit der übrigen Umwelt, Verlust nahestehender Bezugspersonen, Änderung des Wohnsitzes usw.

In o.g. Arbeiten wurde meist nicht untersucht, ob geschlechtsspezifische Unterschiede bezüglich psychiatrischer oder körperlicher Krankheiten als Zusatzdiagnose bestehen. Einzig ANGST stellt fest - allerdings nur hinsichtlich der phasenauslösenden Ursache einer depressiven Krankheit - daß bei Frauen "endokrine Krisen" in 16% zusätzlich als phasenauslösende Ursache wirken und HAGNELL fand nur bei Frauen ein erhöhts Morbiditätsrisiko für Tumorerkrankungen im Gefolge von depressiven Krankheiten.

Wir können demnach unsere Ergebnisse in dieser Hinsicht nicht mit anderen Studien vergleichen.

8. Geschlecht und Anlaß früherer stationärer Behandlung

Auswertbar waren 1202 Krankengeschichten.

Als Anlaß früherer psychiatrischer Behandlung waren neben den depressiven Krankheiten bei 93 Patienten (entsprechend 7,8%) 61 Frauen (entsprechend 7,8% der Patientinnen) und 32 Männern (entsprechend 7,7% der männlichen Patienten) Diagnosen wie "Schizophrenie", "Versagenszustände","Pubertätskrisen", "Sucht" und Kombinationen dieser Krankheiten sowie "sonstige psychiatrische Diag-

nosen" angegeben.

Es lag kein signifikanter Unterschied zwischen den weiblichen und männlichen Patienten vor.

Anlaß früherer Behandlung

Diagnose	weibl. Patienten		männl. Patienten	
	n	%	n	%
Schizophrenie	14	1,8	3	0,7
Versagenszustände	18	2,3	12	2,9
Pubertätskrise	1	0,1	1	0,2
Sucht	-	-	4	1,0
Kombinationen	3	0,4	1	0,2
sonst. psychiatr. Diagnosen	25	3,2	12	2,9

DISKUSSION

Nach unserer Studie sind Frauen gegenüber Männern nahezu doppelt so oft wegen depressiver Krankheiten stationär aufgenommen worden.

WEISSMAN und KLERMANN(1977) untersuchen in einer breitangelegten Studie unter Hinzuziehung einer Vielzahl internationaler wissenschaftlicher Arbeiten mit Überlegungen zu genetischen, biologischen und psychosozialen Faktoren, ob das übereinstimmend dokumentierte Überwiegen der Frauen mit depressiven Erkrankungen gegenüber Männern etwa ein "Artefakt" sei, verursacht durch die Methoden der Symptom-Erhebung oder etwa auch durch die unterschiedliche Inanspruchnahme von öffentlichen Gesundheitseinrichtungen. Sie kommen zu dem Schluß, daß die Frauen real häufiger erkranken als Männer.

In unserer Studie fanden wir signifikante geschlechtsspezifische Ergebnisse

- bei der Differenzierung der Diagnosen: Involutionsdepression und Schizo-affektive Psychose überwog bei weitem bei den Frauen, Zirkuläre Verläufe sowie Reaktiv-neurotische Depression kam überproportional bei Männern vor.
- bezüglich des Ersterkrankungsalters bei der Diagnose Monopolare Depression, wo bei den Patientinnen zwei Häufigkeitsgipfel vorliegen bei 35 Jahren und bei 45 Jahren, während bei den männlichen Patienten nur ein Häufigkeitsgipfel bei 45 Jahren dominiert.
- bei "zusätzlichen Diagnosen", wobei männliche Patienten mit "Abnormer Persönlichkeit" sowie "Alkoholismus" für dieses Ergebnis bestimmend waren.
- bei der Anzahl der Aufnahmen, wo insbesondere durch die Monopolare Form der Depression erkrankte Frauen wesentlich häufiger depressive Phasen durchlebten als Männer.

Man könnte von diesen Ergebnissen ausgehend die Hypotheseaufstellen, daß in den einzelnen Depressionsformen unterschiedliche Anteile von weiblichen und männlichen Wesensmerkmalen zum Ausdruck kommen.

"Depression" und Vererbung

Wenn man die in Kap. II,3 genannten Untersuchungen über einen möglicherweise determinierenden genetischen Faktor depressiver Erkrankungen betrachtet, muß man feststellen, daß widersprüchliche Ergebnisse nicht nur zwischen verschiedenen Autoren, sondern sogar zwischen Untersuchungen bei gleichbleibendem Autor vorliegen. (z.B. WINOKUR 1965 und 1970)

Unterschiedliche "familiäre Belastung" mit depressiven Erkrankungen bei Frauen und Männern wurde in o.g. Untersuchungen folgendermaßen interpretiert:

1. Die Vererbung erfolgt über einen an das Geschlechtschromosom gebundenen Erbgang (PERRIS, 1971; HOLZER u.

WINOKUR, 1974; REICH, CLAYTON u. WINOKUR, 1969; WINOKUR, 1970)

2. Widerspricht diesem Ergebnis die "Vererbung" von Vätern auf ihre Söhne, so wird eine unterschiedliche Penetranz des krankheitsbestimmenden Gens angenommen. (WINOKUR u. PITTs Jr. 1965)
3. Liegt keine geschlechtsspezifische Differenz unter erkrankten Verwandten vor (PERRIS, 1974), wird eine polygene Vererbung zugrundegelegt.
4. Um ein biologisches Substrat zu finden, das als materielle Grundlage depressiver Erkrankung wirken könnte, wurde ein genetischer "Marker" gesucht wie z.B. das ABO-Blutsystem (P.M. RINERIS, C.N.STEFANIS, E.P. LYKOURAS u. E.K.VARSON,1979). Bei dieser Untersuchung konnte kein Zusammenhang zwischen Geschlecht und Verteilung spezifischer depressiver Erkrankung festgestellt werden.

Aus diesen widersprüchlichen Aussagen zum Vererbungsmodus werden unterschiedliche Schlußfolgerungen gezogen: Für ANGST und WEIS (1968) führt die Interaktion von Anlage und Umweltfaktoren zur Erkrankung der "Endogenen Depression". STENDSTEDT(1969) und ZERBIN-RÜDIN (1969) folgern nach divergierenden Ergebnissen bezüglich familiärer Belastung mit spezifischen Depressionsformen, daß die manisch-depressive Psychose genetisch und ätiologisch heterogen sei.

Nach STENSTEDT (zit.n. SILVERMAN 1968) ist die Manifestation der erblich angelegten Krankheit abhängig von Umweltfaktoren.

Ob in der Erbsubstanz bereits der Code für "Depression" festgelegt ist und nur ein spezifischer Anlaß zur Auslösung der Krankheit beiträgt, ist bisher also nicht mit Sicherheit nachgewiesen. Die Ergebnisse bezüglich des Vererbungsmodus sind widersprüchlich.

Falls andere als somatische Gründe für den Kranheits-

ausbruch bestimmend wären, könnte es möglich werden, durch Erkennen der Ursache auf eine Veränderung der Krankheitsbedingungen hinzuwirken. Deshalb wollen wir im folgenden darstellen, was bisher an Fragestellungen und Ergebnissen bezüglich psychosozialer Zusammenhänge mit depressiven Erkrankungen oder psychischen Leidensformen allgemein veröffentlicht wurde.

Bei dem Versuch, Faktoren der Entstehung psychischer Konflikte zu eruieren, bestehen allerdings methodische Schwierigkeiten, "da eine psychodynamische Betrachtungsweise sich weitgehend einer statistischen Bearbeitung entzieht" und "psychisches Geschehen in seiner Komplexität nicht meßbar ist.". (J.ANGST,1966)

Dehalb ist es u.E. notwendig, zunächst zu beschreiben und darausfolgend zu analysieren, welchen unterschiedlichen Anforderungen Frauen im Gegensatz zu Männern ausgesetzt sind - in sämtlichen gesellschaftlichen Bereichen.

Die Familie ist dabei der Ort, in dem spezifische Wahrnehmungs-, Äußerungs- und Verhaltensformen primär entwickelt werden. Wie diese geprägt sein sollen, bestimmt sich durch die spätere gesellschaftliche Rolle, welche wiederum historischen Veränderungen unterworfen ist, vielfältig gestaltet und widersprüchlich sein kann.

Welche Elemente die psychische Entwicklung und Reaktionsweisen bei einer Frau in unserem Kulturbereich bestimmen, versucht PROKOP(1976) aufzuweisen. Nach ihr ist der weibliche Sozialcharakter durch eine geringe Abgrenzung eigener Gefühle, eigener Interessen von denen anderer Personen charakterisiert. Frauen hätten eher die Fähigkeit zu bedürfnisorientierter Kommunikation, worunter sie die Möglichkeit zu expressivem, nicht-instrumentellem Verhalten versteht. Dies sei im weiblichen Lebenszusammenhang strukturell angelegt und drücke sich besonders in der Mutter-Kind-Beziehung aus. Dieses Element der Bedürfnisorientierung sei häufig, wie oben bereits angedeutet, von einer generellen Ich-Schwäche

begleitet. So seien Mädchen auch, verglichen mit Jungen, im allgemeinen konformistischer, leichter zu beeinflussen und abhängiger von der Meinung anderer.

Nach A.KRAUS(1969) sucht der Melancholiker die Totalität der Bedürfnisse des anderen zu befriedigen. Indem er ihn in seiner Fürsorglichkeit gleichsam gefangennimmt, verleiht er seinem Dasein einen Sinn, das er durch keinen anderen Sinn zu rechtfertigen vermag. Der Freiheit, verantwortlich sich selbst zu bestimmen, weicht er ständig aus, um im anderen eine Selbstidentität zu finden.

Was A.KRAUS hier für den Melancholiker schlechthin aussagt, paßt u.E. zu dem oben skizzierten Sozialcharakter der Frau.

A.WINDHOFF-HERITIER(1976), die intrapsychische Konflikte von Frauen anhand von psychoanalytischen Behandlungsberichten analysiert (64 Berichte, je 32 von weiblichen und männlichen Patienten), stellte ähnlich fest, daß quantitativ am stärksten folgende Aspekte hervortreten: erstens Inferioritätsgefühle in der Identität als Frau; damit verbänden sich eine Glorifizierung traditionell männlicher Verhaltenselemente oder in Reaktionsbildung dazu Männerhaß. Eine zweite, häufig auftretende Haltung sei die Abhängigkeit von engen Bezugspersonen.

UCHTENHAGEN(1975) stellt für endogene Depressionen und manisch-depressives Kranksein wie auch für die Erkrankung der Schizophrenie fest, daß bei Frauen die Ereignisse innerhalb der Familie eine wichtigere Rolle spielen als bei den Männern, deren Selbstwertgefühl und psychosoziale Orientierung sich mehr auf berufliche Zusammenhänge konzentriere. Dies spiegele sich in unterschiedlichen Wahninhalten wider, wobei Liebe, Mutterschaft, Partnerschaft und Sexualität bei weiblichen Patienten dominieren, wogegen bei Männern ein Überwiegen von Verfolgungsideen und sozialer Konkurrenz festzustellen war. (BLEUER,1972).

Hausarbeit und Beruf

Der Alltag der meisten Frauen ist bestimmt durch Hausarbeit und Umsorgen der Familie, sowie bei ca. 37% der Frauen in der BRD durch Berufs- oder Erwerbstätigkeit. Doch auch wenn sie berufstätig sind, definieren sich die meisten der westdeutschen Frauen über Haushalt und Familie, während sich nur ein geringer Teil als berufs- und leistungsbezogen erlebt. (PROKOP)

H.PROSS stellte in einer 1971 an 7000 Arbeitnehmerinnen und Angestellten durch Interviews durchgeführten Studie fest, daß 24% ein Leben als Hausfrau vorziehen würden. Bei Arbeiterinnen lag der Prozentsatz bei 41%, bei den Angestellten bei 13%, was einmal in der unterschiedlichen Arbeit, zum anderen auch im unterschiedlichen Wertsystem begründet sein dürfte.

Fast die Hälfte der westdeutschen Hausfrauen fassen nach dieser Studie ihre häusliche Arbeit nicht als endgültig auf, sondern als Stadium zwischen zwei Phasen der Berufstätigkeit. 40% der befragten Hausfrauen erklärten, falls sie die Wahl hätten, würden sie auch jetzt eine Berufstätigkeit vorziehen, 39% hatten vor, später wieder berufstätig zu werden, sobald die Kinder das Haus verlassen hätten. Diese Absichtserklärungen weisen nach PROKOP auf eine latente Unzufriedenheit der Frauen mit dem Leben als Hausfrau hin.

Isolation und Geschichtslosigkeit

Das Problem der Unzufriedenheit der Frauen scheint nach PROKOP nicht so sehr ein Problem fehlender Anerkennung der weiblichen Arbeiten durch die Männer zu sein. In ihrer Tätigkeit als Hausfrau jedenfalls fühlten sich 87% der Frauen von den Männern anerkannt. Es sei vor allem die im Alltag vorherrschende "Geschichtslosigkeit", die die Frauen subjektiv bedrohe. Bestimmend für ihre Unzufriedenheit und diffuse Angst sei die in der alltägli-

chen Routine vorherrschende innere und äußere Isolation. Die Frauen hätten stets das Gefühl, im familialen Alltag zu kurz zu kommen (RICHTER,1974).

RAMSEY(zit.n. WEISSMAN und KLERMAN,1977) führte Untersuchungen über "Langeweile" durch, welche charakteristisch sei für das Leben verheirateter Frauen. Die Untersuchungspersonen mußten eine monotone, uniforme, uninteressante Tätigkeit ausführen. Reaktionszeiten, sensorische Schärfe, Abstraktionsvermögen, verbales Ausdrucksvermögen, die Motivation, sich zu bewegen, räumliches Vorstellungsvermögen, die Fähigkeit, tagzuträumen oder zu denken, alle diese Eigenschaften oder Wunschvorstellungen nahmen ab. Hinzuzufügen ist allerdings, daß diese Art von Monotonie auch in anderen Arbeitsbereichen vorherrscht, mit dem Unterschied, daß die Arbeit nicht isoliert von anderen erfolgt.

Angst/Unbehagen

Bei den berufstätigen Frauen wie den Hausfrauen ist nach PROKOP eine diffuse Angst vor physischer und psychischer Gefährdung, ein nicht genau definiertes Unbehagen vorhanden. Die Angst sei einerseits Ausdruck realer Furcht, andererseits Ergebnis verdrängter Wünsche nach autonomer Entfaltung von Fähigkeiten, nach Individuierung und nach persönlicher Anerkennung (PROKOP).

Ein anderer Bereich, aus dem sich ein Gefühl der Minderwertigkeit, der Hilflosigkeit und der Angst bei den Frauen ergibt, betrifft den Bereich der Leistung und des Leistungsprinzips. Die freie Äußerung von Leistungsorientierung würde verhindert durch Dispositionen der Angst vor den negativen Konsequenzen wie soziale Ablehnung und einem Gefühl der "Unweiblichkeit".

"Doppelrolle" - potentielle "double-bind"Situation

In den letzten Jahrzehnten gewann für viele Frauen aller Schichten Berufstätigkeit zunehmende Bedeutung, ent-

weder als Möglichkeit oder als materielle Notwendigkeit, im allgemeinen jedoch nicht als alternative Lebensmöglichkeit zum Leben als Hausfrau, sondern als Doppelrolle von Ehefrau, Hausfrau und Mutter einerseits und berufstätiger Frau andererseits. Diese Doppelrolle beinhaltet divergierende und inkonsistente Verhaltenserwartungen, d.h. einerseits bedürfnisorientiertes, pflegerisches, harmonisierendes Verhalten im familiären Bereich und andererseits instrumentelles Handeln, leistungsbetontes und konkurrierendes Verhalten im Berufsbereich.

Diese widersprüchlichen Verhaltensanforderungen entstehen durch die notwendigerweise unterschiedlich strukturierten Bereiche von Familie und Produktion, wobei der eine Bereich traditionell "weibliche", der andere "männliche" Verhaltensweisen erfordert. Doch da in der Familie den Kindern, insbesondere den Jungen, auf den Produktionsbereich gerichtete Eigenschaften vermittelt werden müssen, unterliegt die Frau auch hier divergierenden Verhaltensanforderungen, indem sie zum einen auf die Kinder bedürfnisorientiert eingehen soll, andererseits psychische Zeit-, Ordnungs- und Leistungsstrukturen anerzogen werden müssen.

Auch im Partnerschaftsverhältnis selbst bestehen widersprüchliche Erwartungen. Zum einen wird erwartet, daß die Frau emotional vollständig auf den Mann eingeht, im Hause seine alltäglichen Bedürfnisse durch Hausarbeit befriedigt, auch wenn sie selbst berufstätig ist, zum anderen soll sie als "Partnerin" ausreichend Wissen und Bildung besitzen, um sich mit "vernünftig" über Bereiche außerhalb der Familie auseinandersetzen zu können. Hierzu ist ein starkes Selbstbewußtsein erforderlich, was zu obengenannten Tätigkeiten eher im Widerspruch steht. (Dies gilt allerdings idealtypisch nur für Mittel- und Oberschichtsfrauen.)

Depression - nach innen gerichtete Aggression

Nach KENDELL(1972) entsteht, in Anlehnung an FREUD(1916), Depression durch Introjektion von ursprünglich nach außen gerichteten aggressiven Impulsen. Im Gegensatz zu Männern hätten Frauen in unserem Kulturkreis weniger Möglichkeiten der unsanktionierten Aggressionsäußerung. Die aggressiven Impulse selbst könnten entstehen aus der Diskrepanz zwischen Wünschen nach Selbstverwirklichung, die sich gerade auch durch die zunehmenden Bildungsmöglichkeiten für Mädchen entwickeln, und dem realen Verhaftetsein in oben beschriebenen Rollen als Ehefrau, Hausfrau, Mutter und doppelbelasteter Berufstätiger.

WEISSMAN, PAYKEL und KLERMAN(1971) untersuchten über Interviews Auftreten und Ausmaß von "Feindseligkeit" bei 40 depressiven Patientinnen im Vergleich zu einer Gruppe von 40 nicht psychiatrisch erkrankten Frauen. Sie stellten fest, daß die depressiven Frauen ein gesteigertes feindseliges Verhalten gegenüber anderen Personen zeigten, am heftigsten gegenüber solchen, zu denen eine enge Beziehung bestand, insbesondere also gegenüber Ehemann und Kindern.

In der Ambivalenz gegenüber Liebesobjekten sehen sie, in Übereinstimmung mit dem psychoanalytischen Erklärungsansatz, die Ursache für die Herausbildung von Depression. Depression trete auf, wenn das Individuum Wut gegenüber dem enttäuschenden Liebesobjekt nicht direkt ausdrücken kann, aus Furcht, dessen Unterstützung zu verlieren. Deshalb wird die Wut nach innen gegen das Selbst gerichtet, während gleichzeitig die Wertschätzung des Liebesobjekts verbalisiert wird. Sekundär erreiche dann eine Äußerung depressiver Symptome Beachtung und Sorge für den Patienten.

Nach BART(1947) wird diese Theorie u.a. durch Untersuchungsergebnisse gestützt, die belegen, daß zum ersten Mal verheiratete Frauen höhere Depressions-Raten aufwie-

sen als geschiedene oder wiederverheiratete Frauen. Eine Frau, die sich zur Scheidung entschließe, könnte auch Fehler ihres Partners erkennen, während zur Depression neigende Frauen sich eher selbst beschuldigten.

Auch WEISSMAN und KLERMAN(1977) nennen mehrere Untersuchungen verschiedener Autoren (GOVE 1972, PORTER 1975, MANHEIMER et al. 1975), die bestätigen, daß ledige, geschiedene und verwitwete Frauen geringere Raten depressiver Krankheiten zeigten als Männer. Somit hätte diesbezüglich Verheiratetsein einen "Schutzeffekt" für Männer, aber einen nachteiligen Effekt für Frauen, was von GOVE auf die Rollen-Restriktion als Ehefrau und Hausfrau zurückgeführt wird.

Angst vor Rollenverlust

BART(1974) stellte im Rahmen einer größeren Studie an 40- bis 59jährigen Patientinnen aus Nervenkliniken um Los Angeles durch ausführliche Interviews und den sogenannten "projective-biography test", der 16 Bilder enthielt von Frauen in unterschiedlichen Lebensabschnitten und Rollen, fest, daß Depression positiv korreliert mit "Rollen-Verlust", "Mutter-Rollen-Verlust", "Hausfrau- und Mutter-Rollen-Verlust", "Mittelklasse" -Hausfrauen mit Mutter-Rollen-Verlust und Mutter-Rollen-Verlust bei Frauen mit einer "overprotective" oder "overinvolved"-Beziehung zu ihren Kindern. Depression trat ebenfalls auf bei nur drohendem Rollen-Verlust, wenn das Kind weggehen oder heiraten wollte oder der Ehemann eine Scheidung anstrebte.

P.S.BART nahm ursprünglich an, daß Depression, hervorgerufen durch das Weggehen der Kinder, aufgefangen werden könnte durch das Ergreifen eines Berufs, aber die Daten ihrer Studie wiesen auf, daß Frauen dies nicht als bedeutsame Alternative benutzen konnten. Die Normen unserer Gesellschaft seien dergestalt, daß nicht erwartet

wird, daß eine Frau sich durch ihren Beruf erfüllt fühlt, sondern durch die traditionelle Rolle als Ehefrau und Mutter. Eine sogenannte Karriere-Frau erfahre starke Diskriminierungen durch Witzeleien, Nicht-ernst-genommen-werden, geringe Bezahlung usw.; all dies mache es für eine Frau "selbstmörderisch", ihrem Leben über einen Beruf einen Sinn zu geben.

Wenn die Frauen aber ihre Selbst-Konzeption nur aus der Mutter- und traditionellen Frauenrolle gewannen, stellvertretend durch die Entwicklung ihres Ehemanns und der Kinder, neigten sie in mittleren Lebensjahren, wenn sie diese Rolle verloren, zu Depressionen.

Erklärungsansätze zu den unterschiedlichen Häufigkeiten der Ersterkrankungsalter

KIELHOLZ(1959) sah bei den Frauen die Häufigkeitsgipfel der Ersterkrankungen in Zusammenhang mit "biologischen Krisenzeiten" in diesen Lebensabschnitten wie Geburten, Wochenbett und Laktation und den späteren Gipfel in Zusammenhang mit dem Einsetzen des Klimakteriums. Auch KRAEPELIN(1909) sah in diesen "biologischen Umstellungsprozessen" die auslösende Ursache der Ersterkrankungshäufungen. Nach SCHMITT und VOGT(1969) bleibt man mit diesen Annahmen allerdings die Erklärung für die Massierung der Ersterkrankungen der Männer um bestimmte Lebensalter schuldig.

MATUSSEK(1965) kritisiert die Vorstellungen der meisten klassischen Autoren (KRAEPELIN, BOSTROEM u.a.), die in o.g. Zeitabschnitten nur biologische Krisenzeiten sahen, welche die "Widerstandskraft" herabsetzten und etwaige Persönlichkeitsunterschiede für den Ausbruch und Verlauf der Erkrankung für unwesentliche pathoplastische Faktoren erachteten. Falls dies so wäre, müßte nach MATUSSEK die Altersverteilung anders aussehen. Entweder müßte sie über alle Altersklassen gleichmäßig

verteilt sein, weil in jedem Alter die gleiche Chance einer persönlichkeitsfremden Erkrankung bestünde oder sie müßte zumindest in solchen Zeitabschnitten auftreten, wo die "Widerstandskraft" durch biologische Krisen geschwächt ist, etwa in der Pubertät oder im Klimakterium. Stattdessen zeige seine (MATUSSEKS) Untersuchung Häufigkeitsgipfel an Ersterkrankungen, die entwicklungspsychologisch durch eine besondere Forderung zur Ich-haften Umstrukturierung gekennzeichnet seien. Bei Männern umschreibt er diese Häufigkeitsphasen mit der "inneren Situation der Lebenswende", bei den Frauen sieht er sie in Zusammenhang mit Problemen der Ehe und Familie.

Wenn man davon ausgeht, daß im allgemeinen für die Frauen im Lebensabschnitt von 18 bis 25 Jahren die Heirat und die Geburt der Kinder erfolgt, so liegt etwa im Alter um 35 Jahre die Pubertät der Kinder, wo diese selbständiger werden, größtenteils eine Berufsausbildung beginnen und darauffolgend von zuhause weggehen. Wie oben beschrieben, kann dies für die Frauen eine massive Infragestellung ihrer bisherigen Identität bedeuten.

Männer sind nach den genannten Untersuchungen im Alter um 45 Jahre am stärksten gefährdet, an Depression zu erkranken. Geht man davon aus, daß die berufliche Situation maßgeblich für deren Selbsteinschätzung ist, so wird in diesem Lebensalter der Mann innnerhalb der beruflichen Konkurrenzsituation gegenüber jüngeren Mitarbeitern zunehmend schlechter abschneiden, Aufstiegsmöglichkeiten bestehen kaum noch.

Nach POHLMEIER(1971) besteht für den Mann in diesem Alter eine besondere Schwierigkeit wegen der Notwendigkeit, das äußerlich in Ehe und Beruf Erreichte nun innerlich zu bejahen. Die Zukunft biete nicht mehr alle Möglichkeiten, sondern die bisherige Lebensgeschichte habe den Raum zur Entfaltung eingegrenzt und einen Standort festgelegt, auf den es sich ohne Ressentiment zurückzuziehen gelte.

Inwieweit nun berufliche und familiäre Situationsänderungen für den Ausbruch depressiver Krankheiten bestimmend sind, kann nur über die Erhebung einer ausführlichen Anamnese bestimmt werden, in der spezifische Parameter zur Erfassung obengenannter Lebenssituationen erarbeitet werden. Dasselbe gilt für die Situation in der Partner-Beziehung, wobei z.B. der Verlust der Attraktivität füreinander verbunden mit sexuellen Problemen eine sicher nicht geringfügige Bedeutung hat.

Bezüglich der Berufssituation werden neben der Konkurrenzangst auch andere Momente von Gewicht sein, die sich aus der Art der Arbeit ergeben. Die von RAMSEY oben beschriebene Monotonie und Langeweile trifft für immer mehr Arbeitsbereiche zu, mit dem Unterschied allerdings, daß eine größere "Öffentlichkeit" besteht.

Nach POHLMEIER(1971) bedeuten die "mittleren Lebensabschnitte", in denen depressive Krankheiten vorherrschen, besondere Gefahrenpunkte der Vereinsamung, für Frauen begründet in der geringen Möglichkeit sozialer Kontakte, insofern noch in herkömmlicher Weise Haus und Familie ihre Funktionsbereiche sind.

Verteilung der Diagnosen

Unsere Hypothese, Frauen müßten besonders häufig an der "Reaktiv-neurotischen Depressionsform" erkranken, hat sich nicht bestätigt. Dies ist jedoch kein Beweis dafür, daß Frauen nicht reaktiv aufgrund ihrer besonders belastenden lebensgeschichtlichen Anforderungen depressiv erkranken.

Für die Diagnosestellung "Reaktive Depression" ist üblicherweise ein deutlich erkennbarer äußerer Anlaß ("life-event") bestimmend.

WEISSMAN und KLERMAN(1977) weisen im Zusammenhang mit dem Problem der Erfassung der auslösenden Ursache der depressiven Erkrankung darauf hin, daß z.B. mit der Be-

nutzung von Stress-Skalen zwar "life-events" und akute Veränderungen der Lebensbedingungen hervorgehoben werden können, daß mit diesen Skalen aber chronische Bedingungen wie etwa Armut, das Vorhandensein zu großer Familiengrößen, Gesundheitsprobleme u.a. nicht erfaßt werden können, was für die Frauen eine größere Belastung bedeuten könnte. (Diese wiesen nämlich bei gleichem "stress" gegenüber den Männern eine höhere Symptomintensität auf).

MATUSSEK(1965) äußert zu dem Problem der Erfassung "reaktiver" Momente bei der Manifestation einer depressiven Erkrankung, daß die Krankheit zu ihrer Auslösung keineswegs immer explorativ feststellbarer äußerer Ereignisse bedürfe, sondern bestimmte altersabhängige Entwicklungsprozesse genügten. "Die klassische Lehre von der Endogenität erhält insofern eine Bestätigung, als es für die Manifestation einer Phase keines äußeren Anlasses bedarf. Sie erfährt andererseits aber eine Korrektur, da die inneren "endogenen" Faktoren nicht nur rein körperliche, sondern auch bestimmte psychische Prozesse sind. Die alte Kontroverse über die Bedeutung äußerer Anlässe wird somit hauptsächlich zu einem Methodenproblem."

Zusätzliche Diagnosen

In unserer Studie wiesen die männlichen Patienten signifikant mehr zusätzliche Diagnosen wie "Alkoholismus" und "abnorme Persönlichkeit" auf. Wie dort bereits erwähnt, wird Alkoholismus als spezifisch männliche Äußerungsform angesehen (WINOKUR 1970). Nach WEISSMAN und KLERMAN(1977) erfolgte in den letzten Jahren jedoch ein Anstieg der Raten der Frauen bezüglich Alkoholismus, sowie bezüglich Suizid und Kriminalität, bisher prädominanten männlichen Verhaltensweisen. Dies entwickle sich im Gefolge einer zunehmenden Annäherung der Ver-

haltensweisen der Geschlechter.

"Emanzipation" - Schutz vor "Depression"?

Wir haben versucht, den Entstehungsgründen der unterschiedlichen Erkrankungshäufigkeit, Form und Verlauf depressiver Krankheiten bei Frauen und Männern näher zu kommen, indem wir uns bemühten, den weiblichen "Sozialcharakter" zu skizzieren und spezifische Probleme und Widersprüche im Leben einer Frau unserer Gesellschaft aufzuzeigen. Erst in den letzten Jahren ist eine gewisse Sensibilität entstanden für "geschlechtsspezifische" Fragestellungen, die nicht nur von einer biologischen Determination ausgehen. Dies wurde ermöglicht durch gesamtgesellschaftliche Veränderungen, in denen auch die Tendenz entstand zur vermehrten Selbständigkeit der Frau, die sich hinter dem Schlagwort "Emanzipation" verbirgt. Diese brachte, so UCHTENHAGEN(1975) und MOULTON(1977) auch Überforderungsreaktionen sowohl auf Seiten der Männer wie auf Seiten der Frauen hervor, die sich wiederum in Form psychischer Störungen manifestierten. Bei einem Teil der Frauen waren Widerstände gegen die erstrebte Gleichstellung die Ursache, andere verfolgten eine Art Scheinemanzipation und sie waren hiermit eingeklemmt zwischen dem Bild, das sie selbst von einer emanzipierten Frau hatten und emotionellen Reaktionen, die nicht dazu passen wollten.

Nach LINTON(1936) sind Rollen zwingend von der Gesellschaft vorgegeben und werden als Teil des Sozialisationsprozesses gelernt. Nach MEAD(1958) ist die bedeutendste Rolle für Frauen in unserer Gesellschaft diejenige der Ehefrau und Mutter, während es für den Mann die Arbeitsrolle ist. Selbstbewußtsein und "Sich-wohl-fühlen" sei abhängig von den Rollen, die für das Individuum verfügbar sind. Der Verlust der bestimmenden Rolle führt zu einem Gefühl von Wertlosigkeit und Nutzlosigkeit, was Depression charakterisiere.

Demnach müßte ein Selbstbewußtsein entwickelt werden

können, das mit dem Verlust einer Rolle, die ja zumindest bei der Mutter- und Berufsrolle im Laufe eines Lebens zwangsläufig eintritt, nicht in Frage gestellt wird. Dies ist allerdings nicht nur ein Problem des einzelnen, da Selbstbewußtsein nur über die Anerkennung durch den andern gebildet werden kann.

Beschränkungen unserer Studie und Folgerungen für zukünftige Untersuchungen

Unsere Untersuchung leidet sicher an einigen Mängeln, einmal bedingt dadurch, daß sie retrospektiv erfolgte, wobei die in den Krankengeschichten angegebenen Informationen für unsere Fragestellung relevant gefiltert und systematsiert auf den Erhebungsbogen übertragen worden waren.

Zum anderen bestand bei der Anamneseerhebung der Jahre 1961 bis 1968 kein nachdrückliches Interesse, geschlechtsspezifische Merkmale und deren Hintergründe bei depressiven Erkrankungen zu erfassen. Infolgedessen wurden mit großer Wahrscheinlichkeit einige in dieser Hinsicht bedeutsame Daten nicht erfragt und aufgezeichnet.

Auch die Daten zur familiären Belastung mit psychischen Krankheiten sind vermutlich unvollständig, da sie sich nur auf die Angaben der Patienten und deren Begleitpersonen stützen.

Infolge dieser Beschränkungen war es nicht möglich, weitere Merkmale als die beschriebenen zu untersuchen und daraus tiefergehende Ergebnisse zu gewinnen.

Um genauere Aussagen machen zu können über die Entwicklung einer depressiven Krankheit und deren Entstehungsgrundlagen, die u.E. bei beiden Geschlechtern unterschiedlich sind, müßten die Lebensgeschichten der Erkrankten umfassen rekonstruiert werden im Zusammenhang mit der Entwicklungsgeschichte der Familie, diese Ergebnisse dann ins Verhältnis gesetzt werden zu anderen

"gesunden" Entwicklungsgeschichten, um daraus Parameter für eine prospektive Untersuchung zu gewinnen, in welcher ein gesellschaftlich repräsentatives Kollektiv differenzierten geschlechtsspezifischen Fragestellungen zu seelischen Leiden und Krankheiten unterzogen wird.

Ein erster Schritt in dieser Richtung wäre eine genauere Befund- und Anamneseerhebung, in der besonders auf geschlechtsspezifische Ausprägungen der Krankheit und deren Vorgeschichte geachtet wird.

Möglicherweise könnten daraus längerfristig auch neue therapeutische Konzepte zur Behandlung der depressiven Krankheiten entwickelt werden.

ZUSAMMENFASSUNG UNSERER ERGEBNISSE

Anhand von 1202 Krankengeschichten depressiv erkrankter stationär aufgenommener Patienten, welche im Zeitraum von 1961 bis 1968 in der Universitäts-Nervenklinik Tübingen behandelt wurden, wird untersucht, ob geschlechtsspezifische Unterschiede vorliegen hinsichtlich Erkrankungshäufigkeit, Krankheitsbeginn und Krankheitsverlauf.

Von den untersuchten Patienten waren 65,4% weiblichen und 34,6% männlichen Geschlechts.

Die geschlechtsspezifische Verteilung der Diagnosen "Involutionsdepression", "Zirkuläre Verlaufsform einer manisch-depressiven Psychose", "Monopolare Depression", "Schizo-affektive Psychose" und "Reaktiv-neurotische Depression" ergab einen hoch signifikanten Unterschied, dergestalt, daß etwa gleich viele Frauen wie Männer an der monopolaren Form der Depression erkrankt waren, wogegen Frauen in den Diagnosen "Involutionsdepression" und "Schizo-affektive Psychose" gegenüber den männlichen Patienten überwiegen. Männliche Patienten hatten dagegen häufiger die Diagnose "Reaktiv-neurotische Depression" und "Zirkuläre Verlaufsform einer manisch-depressiven Psychose" als die weiblichen Patienten.

In unserer Studie hatten 17,7% der Patienten Verwandte mit Erkrankungen, die als "Depression", "Manie", "Bipolare Zyklothymie" und "Suizidversuche/Suizid" diagnostiziert wurden. Hierbei war kein geschlechtsspezifisch signifikanter Unterschied in der Häufigkeitsverteilung.

Bezüglich der familiären Belastung mit psychischen Krankheiten, welche nicht dem depressiven Formenkreis angehören, fanden wir ebenfalls keinen geschlechtsspezifischen Unterschied in der Häufigkeitsverteilung.

Es bestand kein signifikanter Unterschied in der Verteilung der depressiv erkrankten Verwandten ersten und höheren Grades bei weiblichen und männlichen Patienten.

Bei der Untersuchung der familiären Belastung von unipolar gegenüber bipolar erkrankten Patienten ergab sich ebenfalls kein signifikanter Unterschied zwischen den Geschlechtern.

Bei der Unterteilung des Ersterkrankungsalters in Fünf-Jahres-Klassen von 10 bis 70 Jahren ergaben sich keine signifikanten Unterschiede zwischen Frauen und Männern bezogen auf die gesamte Anzahl der depressiven Erkrankungen.

Es traten bei beiden Geschlechtern drei Häufigkeitsgipfel auf: um25-35 Jahre, um 45 Jahre und um 55 Jahre. Der höchste Gipfel lag bei den Frauen um 25-35 Jahre, bei den Männern um 45 Jahre. Der Unterschied war aber nicht signifikant.

Ein signifikanter Unterschied fand sich jedoch zwischen weiblichen und männlichen Patienten der Diagnose "Monopolare Depression", wobei erstere in jüngeren Jahren erkrankten und zwei Häufigkeitsgipfel aufwiesen bei 35 und 45 Jahren, während bei den Männern ein Häufigkeitsgipfel um 45 Jahre lag.

Bezüglich der Anzahl der stationären Aufnahmen wurde ein signifikanter Unterschied gefunden zwischen männlichen und weiblichen Patienten, wobei erstere meist nur ein- bis zweimal, Frauen dagegen häufiger aufgenommen

wurden. Bei weiterer Differenzierung nach den spezifischen Diagnosen war kein signifikanter Unterschied mehr zu finden.

In der Anzahl der Suizidversuche bestand kein signifikanter Unterschied zwischen weiblichen und männlichen Patienten.

Zusätzliche Diagnosen wie "Körperliche Krankheit", "Schwachsinn", "Abnorme Persönlichkeit", "Alkoholismus", "sonstige Suchtkrankheiten" und "andere psychische Erkrankungen" waren bei Mann und Frau ungefähr gleich häufig.

Psychiatrische Zusatzdiagnosen allein betrachtet dagegen waren bei männlichen Patienten signifikant häufiger, während "Körperliche Krankheit" allein gleich häufig vorkam.

Ein Anlaß früherer psychiatrischer Behandlung wie "Schizophrenie", "Versagenszustände", "Pubertätskrisen" und "Sucht" wurde von 7,8% der weiblichen und männlichen Patienten angegeben.

Keine Angabe = Spalte leer

I. Angaben zur Person 1-4

1) Laufende Nummer

2) Krankenblatt-Nummer 5-10

3) Jahr der Aufnahme 11-12

4) Geschlecht: männlich=1, weiblich=2 13

5) Konfession: ohne=0, prot.=1, kath.=2, sonst.=3 14

6) Geburtsdatum 15-20

7) Alter bei der 1. Aufnahme im Erhebungszeitraum in Jahren 21-22

8) Familienstand: led.=1, verh.=2, gesch.=3, verw.=4, unverh. zusammenlebend=5 23

9) Zahl der Kinder (9 und mehr Kinder=9) 24

10) Geburtsort: Württ.=01, Baden=02, übrige BRD=03, heutige DDR=04, Ostpreußen=05, Schlesien=06, Pommern=07, Polen, Rußland=08, CSSR=09, Ungarn, Rumänien, Jugoslawien=10, sonst.=11 25-26

11) Wohnort (Postleitzahl) 27-30

12) Wohnort (Landkreis): BB=01, BL=02, CW=03, EHI=04, ES=05, FDS=06, GP=07, HCH=08, HOR=09, LB=10, LEO=11, MÜN=12, NT=13, PF=14, RT=15, RW=16, S=17, SIG=18, TÜ=19, TUT=20, VAI=21, VL=22, WN=23 31-32

13) Größe der Gemeinde: bis 2000 Einw.=1, 2001-5000=2, 5001-20.000=3, 20.001- 100.000=4, über 100.000=5 33

14) Kostenträger: RVO-Kasse=1, Ersatzkasse=2, Selbstzahler/Privatkasse 3 Kl.=3, Selbstzahler/Privatkasse 1 u. 2. Kl.=4, Sozialamt=5, sonst.=6 34

15) Einweisung durch: prakt. Arzt, Internist=1, Nervenarzt=2, eigene Poliklinik=3, auswärt. Krankenhaus=4, andere Klinik in TÜ=5, Polizei=6, ohne Einweisung=7, sonst.=8 35

16) Heimatvertriebener: nein=0, ja=1 36 ☐

17) Sowjetzonen-Flüchtling: nein=0, ja=1 37 ☐

18) wann in die BRD gekommen: 38 ☐
1945 u. 1946=1, 1947-50=2,
1951-55=3, nach 1955=4

19) wann an den jetzigen Wohnsitz gekommen: 39 ☐
1945 u. 1946=1, 1947-1950=2,
1951-1953=3, nach 1955=4

20) Schulbildung:Volksschule=1, mittlere Reife=2, Abitur=3, Studium ohne Abschluß=4, Studium mit Abschluß=5, Sonderschule=6 40 ☐

21) erlernter Beruf: ohne=00 41-42 ☐☐
in Ausbildung: Schule 11, Lehre=12, Fachschule=13, Studium=14, Umschulung=15, Wehrpflichtiger=16, sonst.=17

Arbeiter: Hilfsarbeiter=21, mithelfendes Fam.mitglied=22, Hausang., Raumpflege=23, angelernt=24, sonst.=25

Hausfrau: im Haushalt tätig=31, mithelf. in eig. Betrieb, Landwirtsch., Gewerbe=32, Heimarbeit=33, zeitw. berufstätig=34, halbtags=35, sonst.=36

Handwerker u. Facharbeiter: selbständig allein=41, selbst. mit Ang.=42, angestellt=43, sonst.=44

Angestellter: leit. bzw. selbst. Position=51, ausführ. Position=52, sonst.=53

Beamter u. Berufe mit beamtenrechtl. Stellung: mittlerer=61, gehobener=62, höherer=63, Berufssoldat=64, sonst.=65

Selbst. u. freie Berufe=71

Landwirtschaft: Kleinbetrieb ohne Nebentät.=81,K.mit Nebentät.-keit=82, Großbetrieb=83

Sonstiges:=91

22) ausgeübter Beruf: ohne=0, gleich erlerntem=1, höher als erl.=2, niedriger als erl.=3, arbeitslos=4, vorzeitiger Ruhestand=5, altersentsprechend. Ruhestand=6, nicht klass.=7 43 ☐

23) Beruf des Ehemanns: Schlüssel s. u. 21) 44-45 [ ]

24) unehelich geboren: nein=0, ja=1 46 [ ]

II. Angaben zur Herkunftsfamilie:

25) Beruf des Vaters: Schlüssel s. u. 21) unbekannt=99 47-48 [ ]

26) Vater gestorben: nein=0, ja=1, unbekannt=9 49 [ ]

27) Vater gestorben im Pat.alter von wieviel Jahren, unbekannt=99 50-51 [ ]

28) Mutter gestorben: nein=0, ja=1, unbekannt= 9 52 [ ]

29) Mutter gestorben im Pat.alter von wieviel Jahren, unbekannt=99 53-54 [ ]

30) Ehe der Eltern getr./gesch.: nein=0, ja=1, unbekannt= 9 55 [ ]

31) Psych. Krankheiten in der Familie:

keine: = 0, vorhanden=1 56 [ ]

Depression: Vater=1, Mutter=2, Geschwister=3, Kinder=4, Onkel/Tante=5, Großvt.=6, Großmt.=7, Kombinationen=8, sonst.=9 57 [ ]

Manie: Vater=1, Mutter=2, Geschwister=3, Kinder=4, Onkel/Tante=5, Großvt.=6, Großmt.=7, Kombinationen=8, sonst.=9 58 [ ]

Zyklothymie, bipolar: Vater=1, Mutter=2, Geschwister=3, Kinder=4, Onkel/Tante=5, Großvt.=6, Großmt.=7, Kombinationen=8, sonst.=9 59 [ ]

Schizophrenie: Vater=1, Mutter=2, Geschwister=3, Kinder=4, Onkel/Tante=5, Großvt.=6, Großmt.=7, Kombinationen=8, sonst.=9 60 [ ]

auffallende Persönlichkeit: (Neurosen u. Psychopathie): Vater=1, Mutter=2, Geschwister=3, Kinder=4, Onkel/Tante=5, Großvt.=6, Großmt.=7, Kombinationen=8, sonst.=9 61 [ ]

38) Zahl der Suizidversuche bis Ende des Erhebungszeitraums — 72 ☐

39) Besondere Ereignisse im Jahr vor der 1. stat. Aufnahme:keine=00, körperliche Krht.=01, Verlust eines nahen Angehörigen=02, Trennung vom Elternhaus=03, Partnerprobleme=04, Schwierigkeiten in der Familie=05, eigene Ehe getr./gesch.=06, Orts-/Wohngs.-wechsel=07, berufl. Probleme oder Veränderungen=08, Trennung von den Kindern=09, Komb. von 03, und 07 = 10, 06 u. 07=11, 04 u. 08= 12, 05 u. 08= 13, 06 u. 07 =14, 06 u. 08 = 15, 07 u. 08 =16, sonst. Zweierkomb.=17, mehr als 2 Komb.=18 — 73-74 ☐☐

40) Diagnosen nach ICD:296,0 (Involutionsdepr.)=1, 296.1 (Manie) = 2, 296.2 (endogene Depression) = 3, 296.3 (zirkulärer Verlauf) = 4, 295.7 (schiz.aff.Mischpsych.)= 5, 300.4 (reakt./neurot. Depr.) = 6 leer: Suizidversuche — 75 ☐

41) zusätzliche Diagnosen: keine = 0, körperliche Krht. = 1, Schwachsinn = 2, abnorme Persönlichkeit = 3, Alkoholismus = 4, sonstige Suchtkrakh.= 5, andere psych. Krankheiten = 6, Kombinationen= 7 — 76 ☐

42) Projektnummer — 77-80 0 2 3 9

LITERATURVERZEICHNIS:

ANGST,J.: Zur Ätiologie und Nosologie endogener depressiver Psychosen. Eine genetische, soziologische und klinische Studie, in: Monographien aus dem Gesamtgebiet der Neurologie und Psychiatrie, Heft 112. Springer Verlag, Berlin-Heidelberg-New York,1966

ANGST,J.: Genetische Aspekte der Depression, in: Depressive Zustände, Hrsg.: P. Kielholz. Internationales Symposium St. Moritz, Jan.1972

ANGST,J. und WEIS,P.: Ätiologie und Verlauf endogener Depressionen, in: Depressionen und ihre Behandlung. Fortbildungskurs der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie, Hrsg.: F. Labhardt,1968

BART,P.: The sociology of depression, ed. by Roman, Harrison and Trice. Explorations in Psychiatric Sociology, Philadelphia 1974

BECK,A.T. et al.: Hopelessness and suicidal behaviour. JAMA, Journal of the American Medical Association N^{o} 15, Dec. 1975

BLANK,W. und WEISE,W.: Fragebogen zur Studie Depressive Erkrankungen bei Schwaben und Heimatvertriebenen v. J. Gestrich, H.-W. Schied, W. Blank, W. Weise und H. Heimann in Nervenarzt 3,153, 1981

BLEULER,M.: Lehrbuch der Psychiatrie. Springer Verlag, Berlin-Göttingen-Heidelberg, 10. Aufl.,1960

BLEULER,M.: Die schizophrenen Geistesstörungen im Lichte langjähriger Kranken- und Familiengeschichten. Stuttgart,1972

BÜRGER-PRINZ,H.: Psychopathologische Bemerkungen zu den cyclischen Psychosen, in Nervenarzt 21,505, 1950

BÜRGER-PRINZ,H.: Psychiatrie und Probleme der Umwelt. Stud. gen. 4,227, 1951

CRANACH,M.v.: Klassifikation und Epidemiologie depressiver Syndrome. Münchner Medizinische Wochenschrift 116, 1974

EASTWOOD,M.R. and TREVELYON,H.: Relationship between physical and psychiatric disorders. Psychological Med. N°2, 1972

ESSEN-MÖLLER,E.: Individual traits and morbidity in a Swedish rural population. Acta Psychiat. Neurol. Scand. Suppl.100, 1956

ESSEN-MÖLLER,E. and HAGNELL,O.: The frequency and risk of depression within a rural population group in Scandinavia. Acta Psychiat. Scand. Suppl.162, 1961

FINZEN,A. und BAUER,D.: vergleichende Untersuchungen über psychiatrische Aufnahmen in der Universitäts-Nervenklinik Tübingen mit Wohnort im Kreis Tübingen und mit Wohnort in mehr als 50 km Entfernung. Dissertation, Tübingen 1974

FREMMING,G.H.: The exspectation of mental infirmity in a sample of the Danish population. Occasional Papers on Eugen. London: Eugen. Soc.,7, 1951

FREUD,S.: Trauer und Melancholie, in Gesammelte Werke Bd.X. Imago, London,1916

GOLDBERG,E., COMSTOCK,G.W., HORNSTRA,P. and R.: Depressed mood and subsequent physical illness. Am. J. Psychiat. Vol.136, April 1979

GOETZL,M. et al.: X-linkage revisted. Arch. gen. Psychiat.31, 1974

HAGNELL,O.:'A prospekctive study of the incidence of mental disorder. Stockholm, Svenska Bokforlaget Norstedts, 1966

HELGASON,T.: Epidemiology of mental disorders in Iceland. Acta Psychiat. Scand. Suppl.173, 1964

HELGASON,T.: The frequency of depressive states in Iceland compared with the other Scandinavian countries. Acta Psychiat. Scand. Suppl.162,1961

HERTRICH,O.: Beitrag zur Diagnostik und Differentialdiagnostik der leichteren depressiven Zustandsbilder. Fortschr. Neurol.30/237, 1962

HOLLINGSHEAD,A.B. and REDLICH,F.: Social class and mental illness. A community study. New York: Wiley, 1958

HELZER,J.E. and WINOKUR,G.: A family interview study of male manic depressives. Arch. Gen. Psychiat.31, 1974

HOPKINSON,G.: A genetic study of affective illness in patients over 50. Br. J. Psychiat.110, 1964

KENDELL,R.E.: Realtionship between aggression and depression. Arch. Gen. Psychiat.22, 1970

KIELHOLZ,P.: Klinik, Differentialdiagnostik und Therapie der depressiven Zustandsbilder. Documenta Geigy Acta psychosomatica 2, Geigy, Basel,1959

KIELHOLZ,P.: Allgemeine Aspekte der Depressions-Forschung. Hrsg.: F. Labhardt: Fortbildungskurs der Schweizerischen Gesellsch. f. Psychiatrie, 1968

KINKELIN,M.: Verlauf und Prognose des Manisch-depressiven Irreseins. Schweiz. Arch. Neurol. Psychiat.73, 1954

KRAEPELIN,E.: Klinische Psychiatrie. 8. Aufl., Barth, Leipzig,1909

KRAEPELIN,E.: Die Erscheinungsformen des Irreseins. Z. Neurol.62, 1920

KRAUS,A.: Melancholiker und Rollenidentität, in: Melancholie in Forschung, Klinik und Behandlung, Hrsg.: W. Schulte und W. Mende, Thieme Verlag, Stuttgart,1969

LANGE,J.: Die endogenen und die reaktiven Gemütskrankheiten und die manisch-depressive Konstitution, in: Bumke,O., Hrsg.: Handbuch der Geisteskrankheiten Bd.VI/2, Springer-Verlag, Berlin,1928

LANGELÜDDEKE,A.: Über Lebenserwartung und Rückfallhäufigkeit bei Manisch-Depressiven. Z. psych. Hyg.14, 1941

LARSSON,T. and SJOGREN, T.: A methodological, psychiatric and statistical study of a large Swedish rural population. Acta Psychiat. Neurol. Scand. Suppl.89, 1954

LEONHARD,K.: Aufteilung der endogenen Psychosen. Berlin, Akademieverlag 1957-1969, 1.-4.Ausg.

LINSKY,L. and ARNOLD,S.: Community structure and depressive disorders. Social Problems 17, University of New Hampshire,1969

MATUSSEK,P., HALBACH,A. und TROEGER,U.: Endogene Depression. Urban und Schwarzenberg, München-Berlin,1965

MEAD,M.: Mann und Weib. Das Verhältnis der Geschlechter in einer sich wandelnden Welt. Rowohlt, 1958

MOULTON,R.: Somme effects of the new feminism. The American Journal of Psychiatry 1341, Jan.1977

ØDEGAARD,Ø.: The epidemiology of depressive psychoses. Acta Psychiat. Scand. Suppl.162, 1961

PAYKEL,E.S., WEISSMAN,M.M. et al.: Dimensions of social adjustment in depressed women. J. Nerv. Ment. Dis. 152, 1971

PERRIS,C.: A study of bipolar and unipolar recurrent depressive psychoses. Acta Psychiat. Scand. Suppl. 194, 1966

PERRIS,C.: A study of cycloid psychoses. Acta Psychiat. Scand. Suppl.253, 1974

PERRIS,C.: Frequency and hereditary aspects of depression, in: Depression: Behavioral, biochemical, diagnostic and treatment concepts. Gallant and Simpson, ed., New Orleans, Louisiana,1976

PERRIS,C.: Abnormality on paternal and maternal sides: Observations in bipolar (manic-depressive) and unipolar depressive psychoses. Br. J. Psychiat.118, 1971

PFAFFENBERGER,R.S. et al.: Chronic diseases in former college students II. Am Journal for Public Health 56, 1974

POHLMEIER,H.: Depression und Selbstmord. Manz Verlag, München,1971

PROKOP,U.: Weiblicher Lebenszusammenhang. Von der Beschränktheit der Strategien und der Unangemessenheit der Wünsche. Suhrkamp Verlag, 1976

RAWNSLEY,K.: Epidemiology of affective disorders, in: A. Coppen and A.Walk, eds., Recent development in affective disorders. Ashford, Kent: Headley and Bros.Ltd., 1968

RINERIS,P.M., STEFANIS,C.N., LYKOURAS,E.P. and VARSOU, E.K.: Affective disorders and ABO blood types. Acta Psychiat. Scand. Vol.60/3, 1979

RINGEL,E.: Der Selbstmord. Abschluß einer krankhaften psychischen Entwicklung. Mandrich, Wien-Düsseldorf,1953

RINGEL,E.: Neue Untersuchungen zum Selbstmordproblem unter besonderer Berücksichtigung prophylaktischer Gesichtspunkte. Wien, Hollinek, 1961

RICHTER,H.E.: Die Deformierung des Verhältnisses der Geschlechter: Das Leiden der Frau, in: Lernziel Solidarität, Rowohlt, 1974

RÜDIN,E.: Über die Vererbung geistiger Störungen. Z. ges. Neurol. Psychiat.81, 1923

SCHMITT,W. und VOGT,K.: Endogene Psychosen vom manischen und depressiven Typ, in: Melancholie in Forschung, Klinik und Behandlung. Hrsg.: W. Schulte und W. Mende, Thieme Verlag Stuttgart,1969

SCHULZ,B.: Auszählungen in der Verwandtschaft von nach Ersterkrankungsalter und Geschlecht gruppierten Manisch-Depressiven. Archiv Psychiat. Nervenkrankheiten 186, 1951

SCHULZ,B.: Sterblichkeit endogen Geisteskranker und ihrer Eltern, Z. menschl. Vererb. Konstit.-Lehre 29 1949

SILVERMAN,C.: The epidemiology of depression. Baltimore: Johns Hopkins Press, 1968

SJÖGREN,T.: Genetic-statistical and psychiatric investigations of a west Swedish population. Acta Psychiat. Neurol. Scand. Suppl.52, 1948

SLATER,E.T.O.: Zur Erbpathologie des Manisch-depressiven Irreseins. Z. ges. Neurol. Psychiat.163, 1938

SLATER,E.T.O.: Zur Periodik des Manisch-depressiven Irreseins. Z. ges. Neurol. Psychiat.162, 1938

STAUDER,K.H.: Über den Pensionierungsbankrott. Psyche 9, 1955

STENGEL,E.: Selbstmord und Selbstmordversuch. S. Fischer, Frankfurt,1969

STENSTEDT,A.: A study in manic-depressive psychosis. Clinical, social and genetic investigations. Acta Psychiat. Scand. Suppl.79,1, 1952

STENSTEDT,A.: Die genetische Grundlage bei Depressionen, in: Melancholie in Forschung, Klinik und Behandlung. Hrsg.: W. Schulte und W. Mende. Thieme Verlag Stuttgart, 1969

TYNDEL,M.: Psychiatric study of 1000 alcoholic patients. Can. Psychiatr. Assoc. J.19, 1974

UCHTENHAGEN,A.: Psychische Störungen bei Frauen. Schweizer Archiv für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie, 1975

WARHEIT,G.J., HOLZER, Ch.E. and SCHWAB,J.J.: An analysis of social class and racial differences in depressive symptomatology. A community study. Journal of Health and Social Behaviour 14, Dec.1973

WEISSMAN,M.M. and KLERMAN,G.L.: Sex differences and the epidemiology of depression. Reprint from Arch. Gen. Psychiat. Vol.34, Jan.1977

WEISSMAN,M.M., PAYKEL,E.S. and KLERMAN,G.L.: Clinical evaluation of hostility in depression. Am J. Psychiat. 128, 1971

WINDHOFF-HERITIER,A.: Sind Frauen wo wie Freud sie sah. Bausteine zu einer neuen analytisch-sozialpsychologischen Theorie der weiblichen Psyche. Rowohlt, 1976

WINOKUR,G.: Genetic findings and methodological considerations in manic-depressive disease. Br. J. Psychiat. 117, 1970

WINOKUR,G.: Depression spectrum disease. Description and family study. Comprehensive Psychiatry Vol. 13,1, 1972

WINOKUR,G.: The types of affective disorder. J. Nerv. Ment. Dis. 1973

WINOKUR,G., CADORET,R., DORZAB,J. and BAKER,M.: Depressive illness. St. Louis, Mosby Co. Medical Publishers, 1969

WINOKUR,G. and PITTS,F.N., Jr.: Affective disorder VI. A family history study of prevalences, sex differences and possible genetic factors. J. Psychiat. Res. Vol.3, 1965

ZERBIN-RÜDIN,E.: Zur Genetik der depressiven Erkrankung. in: Das depressive Syndrom, Hrsg.: Hippius, H. und Selbach,H. Urban und Schwarzenberg, München,1969

ZERBIN-RÜDIN,E.: Manisch-depressive Psychosen, in P.E. Becker (Hrsg.): Humangenetik. Ein kurzes Lehrbuch in fünf Bänden. V/2. Thieme Verlag Stuttgart,1967

LEBENSLAUF

Geboren wurde ich, Elsbeth Anita Friedrich am 6.2.1952 in Heidenheim an der Brenz als Tochter des Kaufmännischen Angestellten Hans Friedrich und seiner Ehefrau Louise Friedrich, geb. Honold.

Von 1959-1963 besuchte ich die Grundschule in Heidenheim-Mergelstetten, ab 1963 das Schiller-Gymnasium Heidenheim, wo ich 1971 im naturwissenschaftlichen Zweig das Abitur ablegte.

Im Wintersemester 1971/72 begann ich an der Universität Tübingen ein Chemiestudium, ehe ich im Sommer 1972 zum Medizinstudium zugelassen wurde.

Im Wintersemester 1973 absolvierte ich die naturwissenschaftliche Vorprüfung, im Sommersemester 1975 die Ärtzliche Vorprüfung. Den ersten Teil des Staatsexamens legte ich im Wintersemester 1977 ab, den zweiten Teil im Sommersemester 1978.

Die Ausbildung im Praktischen Jahr erfolgte in den Fächern Dermatologie in der Universitäts-Hautklinik Tübingen, in Innerer Medizin und Chirurgie im Kreiskrankenhaus Reutlingen.

Am 19.4.1979 legte ich den schriftlichen Teil und am 30.4.1979 den mündlichen Teil des dritten Abschnitts der Ärztlichen Prüfung erfolgreich ab.

Am 15.6.1979 erhielt ich meine Approbation als Arzt.

Danach folgten Studien und Ausarbeitung vorliegender Dissertation zu geschlechtsspezifischen Unterschieden bei depressiven Erkrankungen.

Von April 1980 bis Juni 1981 arbeitete ich als Assistenzärztin der Abt. f. Anästhesie und Intensivmedizin des Kreiskrankenhauses Reutlingen. Im Anschluß daran Ausarbeitung der Dissertation und die Vorbereitung einer Reise nach Peru, wo die gewünschte Mitarbeit in einem medizinischen Projekt nicht verwirklicht werden konnte.

Seit April 1982 bin ich als Assistenzärztin in der Klinik Dr.Römer - für innere und Nervenkrankheiten mit Psychosomatik - in Calw-Hirsau tätig.